

2970

MULTIDISCIPLINAIRE
OBSERVATIE VAN
VERMEEND
PSYCHOGERIATRISCHE
PATIËNTEN

W.L.M. Claessens

**MULTIDISCIPLINAIRE OBSERVATIE
VAN
VERMEEND PSYCHOGERIATRISCHE PATIËNTEN**

**MULTIDISCIPLINAIRE OBSERVATIE
VAN
VERMEEND PSYCHOGERIATRISCHE
PATIËNTEN**

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van
doctor in de geneeskunde
aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen
op gezag van de Rector Magnificus Prof. Dr. J. H. G. I. Giesbers
volgens besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 3 mei 1984
des namiddags te 4.00 uur

door

Willem Lodewijk Maria Claessens
geboren te Veulen-Venray



SWETS & ZEITLINGER

**LISSE
1984**

CIP-GEGEVENS

Claessens, Willem Lodewijk Maria

Multidisciplinaire observatie van vermeend
psychogeriatrische patiënten / Willem Lodewijk Maria
Claessens. - Lisse : Swets & Zeitlinger. - Ill.
Proefschrift Nijmegen. - Met lit. opg. - Met samenvatting
in het Engels.

ISBN 90-265-0536-1

SISO 606.5 UDC 616.89-053.9

Trefw.: geriatrische psychiatrie.

Omslag ontwerp H Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanter B V., Alblasserdam

© Copyright 1984 W. L. M. Claessens en Swets & Zeitlinger

Alle rechten voorbehouden Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen
in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige
wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere
manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

*All rights reserved No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system,
or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording,
or otherwise, without the prior written permission of the publisher*

ISBN 90 265 0536 1

Gaarne betuig ik mijn dank aan de vele mensen zonder wier hulp deze studie nooit voltooid had kunnen worden. Ter onderstreping van die dank is het gehele onderzoek in de "wij"-vorm beschreven. Vooral wil ik noemen:

- 230 patiënten en hun familieleden;
- alle patiënten van het Dommelhoefcomplex te Eindhoven;
- dr. J.B.V. Welten, destijds geneesheer-directeur Dommelhoefcomplex;
- mevr. P. Boom-Kuiper, arts Dommelhoefcomplex;
- dr. J.A.M. Frederiks, neuroloog Catharinaziekenhuis Eindhoven;
- dr. H.J. Troelstra, neuroloog Diakonessenziekenhuis Eindhoven;
- P.J.M. van Heyet, internist Catharinaziekenhuis Eindhoven;
- A.M. de Vlaam, internist Catharinaziekenhuis Eindhoven;
- P.A.F.H. Holtzer, psychiater St. Josefziekenhuis Eindhoven;
- J. Visser, geneesheer-directeur psychogeriatrisch verpleeghuis "De Herven" Den Bosch;
- J. Sterk, adviserend geneesheer A.W.B.Z. te Eindhoven;
- mevr. J. de Louw, mevr. M. Slegtenhorst, mevr. J. de Bruin en J. v. Baar, afdelingshoofden Dommelhoefcomplex te Eindhoven;
- mevr. M. de Groof en mevr. R. Kauffeld, maatschappelijk werkers, Dommelhoefcomplex te Eindhoven;
- J.G.H. Beuken, destijds hoofd paramedische dienst, Dommelhoefcomplex te Eindhoven;
- het Eindhovens Algemeen Ziekenfonds (E.A.Z.);

Voor hun begeleiding bij het verwerken en uitwerken van de gegevens ben ik dank verschuldigd aan:

- dr. J. Smeulders, interniste Stichting K.V.V., Den Haag;
- A. Valkhof, arts verpleeghuis Gulden Huis, Den Haag;
- J. Hoogwegt, psycholoog verpleeghuis Gulden Huis, Den Haag;
- H. Risseeuw, corrector;
- mevr. M. Wouters, typiste.

Een speciaal woord van dank ben ik verschuldigd aan mevr. R.A. Puta-Zwartjes, die als psychologe binnen het observerende team

met bezielend enthousiasme een grote hoeveelheid werk verzette.
Van medio 1972 tot begin 1984 heeft zij mij op vele manieren gesteund bij het uitwerken van alle gegevens.

INHOUD

VII

I.	INLEIDING	1
1.1	Aanleiding tot het onderzoek	1
1.2	Literatuuronderzoek	4
1.2.1	Inleiding	4
1.2.2	Definitie van dementieën	4
1.2.3	Oorzaken van dementiële syndromen	10
1.2.4	Klinisch beeld van het dementieel syndroom	25
1.2.5	Preventie en behandeling van dementiële syndromen	26
1.2.6	Organisatie van het onderzoek bij dementiële syndromen	29
1.2.7	Vervolgonderzoek	32
1.2.8	Landelijke situatie verpleeghuizen	33
II.	PROBLEEMSTELLING	39
2.1	Inleiding	39
2.2	Aard en plaats van de observatie	39
2.3	Vervolgonderzoek	43
2.4	Probleemstelling	43
III.	ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK	45
3.1	Inleiding	45
3.2	Patiëntenbestand	45
3.3	Samenstelling en organisatie van het observerende team	46
3.4	Onderzoeksprogramma	48
3.4.1	Observatieprogramma	48
3.4.2	Programma van het vervolgonderzoek	52
3.5	Indeling in groepen	54
VI.	RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK	59
4.1	Inleiding	59
4.2	Resultaten van de klinische observatie en van het vervolgonderzoek	60
4.2.1	Algemene gegevens	60
4.2.2	Indeling in groepen	67
4.2.2.1	Groepsindeling na de observatie	67
4.2.2.2	Groepsindeling na 1 jaar vervolgonderzoek	74
4.2.2.3	Groepsindeling begin 1977	84
4.2.2.4	Groepsindeling begin 1982	88
4.2.3	Plaatsingsadviezen	90
4.2.3.1	Plaatsingsadviezen na de observatie	90
4.2.3.2	Plaatsingsadviezen na 1 jaar vervolgonderzoek	94
4.2.3.3	Plaatsingsadviezen begin 1977	102
4.2.3.4	Plaatsingsadviezen begin 1982	103

4.2.4	Resultaten van B.O.P.-scores	105
4.2.4.1	B.O.P.-scores tijdens de observatieperiode	105
4.2.4.2	B.O.P.-scores 1 jaar na de observatie	106
4.2.4.3	B.O.P.-scores begin 1977	110
4.2.4.4	B.O.P.-scores begin 1982	111
4.2.5	Duur van het bestaan van een dementieel syndroom voor de observatie in relatie tot de groepsindeling na de observatie	112
4.3	Conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen bij 230 patiënten	113
4.4	Multidisciplinaire diagnostiek tijdens de observatie	115
4.4.1	Inleiding	115
4.4.2	Algemene gegevens	116
4.4.3	Diagnostiek	122
4.4.3.1	Psychosociale problemen	124
4.4.3.2	Toxisch-metabole afwijkingen	130
4.4.3.3	Hypoxie	141
4.4.3.4	Vitaminedeficiënties	152
4.4.3.5	Infecties	153
4.4.3.6	Tumoren	155
4.4.3.7	Neurologische ziektebeelden	157
4.4.3.8	Immobiliteit	172
4.5	Multidisciplinaire diagnostiek tijdens de vervolperiode	176
4.6	Casusstiek	180
V.	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	207
VI.	SUMMARY	219
	LITERATUUR	231

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Uitgaande van de definitie van de World Health Organization betekent gezondheid "volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn".

Onze maatschappij omringt elk individu vanaf de conceptie met uitgebreide medische en psychologische zorg. Zij zoekt intensief naar oorzaken van somatisch, psychisch en sociaal dysfunctioneren en organiseert multidisciplinaire behandel- en begeleidingsprogramma's om dysfunctioneren te voorkomen of op te heffen.

Deze zorg lijkt echter in ons land in kwantiteit en kwaliteit af te nemen met het stijgen van de leeftijd. Boven het 65e jaar werd - en wordt nog veelal - de oorzaak van menselijk dysfunctioneren maar al te vaak in de "leeftijd" alleen gezocht en wordt op grond van dezelfde leeftijd afgezien van verder medisch en psychosociaal onderzoek en handelen. Vooral bij bejaarden met geheugenstoornissen (beginnende dementie) worden deze verschijnselen door hun familie meestal als logisch gevolg van het ouder-worden beschouwd. Zelden zijn geheugenstoornissen alléén reden tot het vragen om medische hulp. Pas als er sprake is van storende gedragswijkingen wordt hulp ingeroepen, meestal om een opname in een instituut te bewerkstelligen. Ook vele medici hadden - en hebben - vaak een defaitistische houding ten aanzien van gedragsgestoorde bejaarden en zien al te snel een oplossing van het probleem in een opname.

Welten (1969) toonde aan, dat bejaarden voor opname in een verpleeghuis voornamelijk in de twee voorgaande jaren een groot aantal gedwongen milieuveranderingen hebben ondergaan. Dit aantal milieuveranderingen bleek af te nemen met het stijgen van de leeftijd. Patiënten, die werden opgenomen onder de (hoofd)diagnose "dementie", bleken tevoren duidelijk minder gedwongen milieuveranderingen te hebben ondergaan dan hun leeftijdgenoten uit andere diagnosegroepen. Bejaarden met een dementieel syndroom werden

meestal rechtstreeks van huis opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

In een vervolgonderzoek toonde Welten (1972) uit retrospectieve gegevens van familieleden van 161 als dement opgenomen bejaarden aan, dat ruim 60% van hen rechtstreeks vanuit het oorspronkelijke milieu was opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis, zonder in de 10 jaren voorafgaande aan deze opname specialistisch te zijn onderzocht op de oorzaken van hun dementieel syndroom.

Beide onderzoeken van Welten wijzen o.i. op de vanzelfsprekendheid waarmee in onze maatschappij een dementieel syndroom bij bejaarden wordt aanvaard en op het medisch defaitisme ten aanzien van bejaarden met gedragsstoornissen.

Door nieuwe gerontologische en geriatrische inzichten is de laatste decennia in toenemende mate de behoefte ontstaan om naast de "cure" (op specifieke afwijkingen gerichte orgaanspecialistische geneeskunde) ook de "care" (een op de totale menselijke gezondheid gerichte geneeskunde) te ontwikkelen. Met name voor de bejaarden is deze "care" van levensbelang: met het stijgen der jaren daalt de reservecapaciteit van diverse organen en van menselijke functies. Het evenwicht van somatische, psychische en sociale gezondheidsbepalende factoren wordt hierdoor in toenemende mate labiel en kwetsbaar. Kleine verstoringen binnen één van de vele gezondheidsbepalende factoren kunnen via kettingreacties leiden tot ernstige verstoring van het evenwicht. Door de multiple kwetsbaarheid kan multiple pathologie ontstaan, waarbij het zoeken naar oorzaak en gevolg vaak zeer moeizaam is.

Vanuit deze visie is bejaardenzorg uiteraard multidisciplinair en uiteraard "care". Leeftijd kan in deze visie geen contra-indicatie zijn tegen somatisch en psychosociaal onderzoek en handelen.

Uit bovenstaande gegevens vloeide, aanvullend op de onderzoeken van Welten (1969 en 1972), een noodzakelijk derde onderzoek voort. Dit onderzoek is onderwerp van deze studie. Het betreft een klinische multidisciplinaire observatie van patiënten die met dementie als hoofddiagnose werden aangeboden aan een psychogeriatrisch verpleeghuis zonder tevoren te zijn onderzocht

op de oorzaken van hun dementieel syndroom. Na observatie en de daaruit voortvloeiende behandeling en begeleiding werd aan elke bejaarde een plaatsingsadvies verstrekt en werd zijn wel en wee zo mogelijk gedurende minimaal 6 jaar gevolgd.

1.2 Literatuuronderzoek

1.2.1 Inleiding

In de volgende paragrafen zal een literatuuronderzoek naar publicaties over definities, oorzaken, symptomen, preventie en behandeling van dementiële syndromen besproken worden. Tevens deden we literatuuronderzoek naar vervolgonderzoek bij patiënten met dementiële syndromen. Tenslotte beschrijven we de situatie, waarin de zorg voor psychogeriatrische patiënten in Nederland is georganiseerd.

1.2.2 Definitie van dementieën

De-mens = ont-geest.

Sinds mensenheugenis probeert men het begrip "geest" te omschrijven; elke auteur vanuit zijn relatie tot de omgeving. Een eensluidende definitie van het begrip "geest" bestaat niet. Dat er in de literatuur evenmin een eensluidende definitie bestaat van het begrip DEMENTIE is derhalve begrijpelijk.

In de diverse publicaties treffen we een veelheid aan van termen om een bejaarde met dementiële verschijnselen te beschrijven:

- gedragsgestoorde bejaarde
- dysfunctionerende bejaarde
- psychisch gestoorde bejaarde
- bejaarde met psychische functiestoornissen
- psychogeriatrische patiënt
- demente bejaarde
- pseudo-demente bejaarde.

Al deze omschrijvingen zijn in feite relatief vanuit een bepaald referentiekader opgesteld.

Vanuit de diagnostische situatie is voor ons in deze studie belangrijk wat we bij de patiënt kunnen waarnemen: het al of niet bestaan van stoornissen in het functioneren van de bejaarde in sociale situaties en in onderzoeksituaties. Wij kiezen in deze studie voor de volgende terminologie:

1. Dementie (= ziekte van Alzheimer). Deze diagnose kan slechts door pathologisch-anatomisch onderzoek worden bevestigd.

2. Dementieel syndroom: op de ziekte van Alzheimer gelijkende symptomatologie. Deze symptomatologie kan irreversibel of reversibel zijn, afhankelijk van oorzaak en duur van bestaan.

De term pseudo-dementie, die door vele auteurs wordt gebezigd om reversibele dementiële syndromen te beschrijven, is naar onze mening misleidend. De diverse auteurs geven namelijk niet dezelfde inhoud aan het begrip "pseudo-dementie". Zo wordt bijv. door Rudd (1972) deze term gereserveerd voor dementiële syndromen ten gevolge van geneesmiddelenintoxicatie. Bower (1971) verstaat onder pseudo-dementie psychiatrische beelden als depressie, hysterie, Gansersyndroom en dergelijke. Stam (1978) hanteert de term pseudo-dementie slechts bij het syndroom van de "approximate answers", berustend op hysterische componenten en waarbij degene, die de patiënt onderzoekt, van deze steeds antwoorden krijgt, die in de buurt van de waarheid liggen.

Zeër vele publicaties zijn gewijd aan dementie. Wij geven slechts een overzicht van de naar onze mening voor ons onderzoek belangrijkste publicaties.

Prick en Calon (1967) geven in hun beschrijving van de definitie van dementie accentverschillen aan, die ontstaan vanuit het referentiekader, van waaruit zij hun definitie willen formuleren: "met de term dementie (verkindsen) wordt in de klinische psychiatrie een misvormde zijnswijze van de mens aangeduid, welke de uiting is van een verval der persoonlijkheid, met het hoofdaccent op een afbraak en verlies der intelligentie". Vanuit het fenomenologisch-antropologische referentiekader stellen Prick en Calon in dezelfde publicatie later, dat het wezen van dementie niet alleen verval van persoonlijkheid door verlies van intelligentie is, maar dat bij dementie verval van volle menselijkheid plaatsvindt. Volle menselijkheid is meer dan alleen intelligentie en willen; volle menselijkheid omvat ook het niet-objectiveerbare subjectief-eigene van ieder mens: "de aanwezige afwezige".

Boelen en Zwanniken (1967) beschouwen dementie als: een stoornis in het zin-geven en zin-ontlenen aan de situatie vanuit een persoonlijkheidsverval. Deze definitie sluit aan bij objectief

waarneembare gedragsstoornissen in de zin van gestoorde expressieve en receptieve communicatie met de omgeving.

De definitie van de American Psychiatric Association (A.P.A., 1968) luidt als volgt: "Organic brain syndromes are disorders caused by or associated with impairment of brain tissue function". Dit syndroom wordt gekarakteriseerd door achteruitgang van oriëntatie, geheugen, intellectuele functies, oordelen en door affectabiliteit. Deze A.P.A.-definitie geeft accent aan een diffuus cerebraal proces, van waaruit de gedragsstoornissen ontstaan.

Niemeijer (1970) geeft een o.i. onvolledige definitie: "Onder dementie verstaan we een niet te genezen pathologische achteruitgang van één of meer intellectuele functies". De nadruk ligt in deze definitie bij de irreversibele, progressieve aard van dementie. Echter ziektebeelden als een amyotrofische lateraalsclerose (bulbair type), gemengde afasie (receptief én expressief) ten gevolge van een cerebrovasculair accident, multiple sclerose e.d. zouden ook aan deze definitie kunnen beantwoorden, hetgeen o.i. ten onrechte is.

Van Hellemond (1972) noemt de term dementie een "ouderwetse diagnose" en wil in principe de seniele dementie of ziekte van Alzheimer als enige echte dementie handhaven. Zijn definitie van dementie luidt: "een abnormale veroudering der hersenen, die geleidelijk een totale geestelijke ontreddering van de mens ten gevolge heeft, waarbij de nadruk ligt op een afname van de verstandelijke functies. Een dergelijke diagnose, met inbegrip van de noodzakelijke onderlinge samenhang van klinisch beeld en cerebrale pathologie, is op dit ogenblik door geen mens te stellen. Dát en het onherroepelijke van een dergelijke diagnose is naar mijn mening voldoende om de term dementie (voorlopig?) te schrappen". Wij onderschrijven deze uitspraak van Van Hellemond van harte, hoewel we ons realiseren dat welke term we ook kiezen om een symptomencomplex te beschrijven, deze term het gevaar van beladenheid en onherroepelijkheid met zich mee zal dragen.

Door Arie (1973) wordt dementie als volgt gedefinieerd: "Dementia in the elderly is a global disruption of personality, affecting behaviour and intelligence, with impairment of the ability to

learn new responses - and thus to adapt to a changing environment". In deze definitie worden gedragstoornissen en aanpassingsstoornissen aan de omgeving (communicatie) benadrukt en zij sluit derhalve aan bij de definitie van Boelen en Zwanniken (1967).

Fox e.a. (1975) waarschuwen voor ziektebeelden, die op seniele dementie lijken, maar in tegenstelling tot de seniele dementie wel behandelbaar zijn. Zo beschouwen zij bijvoorbeeld de arteriosclerosis cerebri als een somatisch proces na een aantal cerebrovasculaire accidenten, een opvatting waarop wij bij de beschrijving van oorzaken van reversibele dementiële syndromen in paragraaf 1.2.3 terugkomen. Voor de irreversibele seniele dementie formuleren Fox e.a. de volgende definitie: "The gradual onset of impaired orientation, memory, judgement and intellectual function in the elderly in the absence of major focal neurological deficit is usually designed as senile dementia". Evenals de A.P.A. (1968) noemen Fox e.a. (1975) een aantal symptomen (gedragstoornissen) om hun definitie meer praktische waarde te geven. Tevens benadrukken zij de noodzaak van een differentiële diagnose met neurologische ziektebeelden.

Ringoir (1980) beoogt duidelijkheid te creëren binnen de enorme variatie aan gebruikte termen waarmee patiënten met dementiële syndromen of gedragstoornissen beschreven worden. Hij benadrukt nog meer dan Prick en Calon (1967) de accentverschillen, die ontstaan vanuit een bepaald referentiekader, door uit te gaan van vijf modellen bij de definitie van dementie:

A. Medisch model: "Dementie is een door organisch-cerebrale aandoeningen teweeggebracht irreversibel verval van intelligentie".
B. Gedragwetenschappelijk model: "In dit model gaat het om patiënten, die door decompensatie van het lichamelijk/psychosociale evenwicht, dat in de derde levensfase gemakkelijk wordt verstoord, meer of minder ernstige gedragsafwijkingen vertonen. Het gevolg hiervan is, dat zelfhandhaving niet of onvoldoende mogelijk is en/of de stabiliteit van het leefmilieu wordt aangetast" (conform de definitie van de Nationale Ziekenhuisraad, N.Z.R., 1977). Wij merken hierbij op, dat wij in deze definitie de kenmerken irreversibiliteit en progressiviteit missen. Zonder deze beide

elementen is deze definitie toepasbaar op zeer veel zieke bejaarden, die bijvoorbeeld alleen al door koorts gedragsstoornissen kunnen vertonen.

C. Geriatrisch model. Onzes inziens maakt Ringoir hier helaas een onderscheid in somatische geriatrie en psychogeriatric, omdat het volgens deze auteur bij psychogeriatric patiënten gaat om: "patiënten, bij wie weliswaar de psychische stoornis overheerst, maar bij wie toch gelet moet worden op de multipathologie, de mobiliteitsstoornissen en de sociale omstandigheden". Onzes inziens is geriatrie uiteraard een multidisciplinaire aangelegenheid, die uitgaande van een somatisch/psychosociaal evenwichtsmodel alle aspecten van dit evenwichtsmodel bij de gedecompenseerde bejaarde behoort te observeren. Eerst na de observatie, indien de gedragsstoornissen irreversibel zijn, kan men besluiten te maken te hebben met een psychogeriatric patiënt, die eventueel opgenomen moet worden in een psychogeriatric verpleeghuis. Al lijkt het zinvol om verpleeghuizen of verpleeghuisafdelingen te onderscheiden in somatisch en psychogeriatric, o.i. is de geriatrie als specialisme niet gebaat bij een dergelijke scheiding.

D. Psychiatrisch model. In dit model is men vooral geïnteresseerd in de psychiatrische aspecten van de dementie, zegt Ringoir. Voor de definitie van dementie levert dit model geen relevante gegevens.

E. Het verpleeghuismodel. In dit model zijn de functiestoornissen van de bejaarde uitgangspunt en is men vooral geïnteresseerd in "de soort en hoeveelheid zorg, die een patiënt nodig heeft in verpleegkundige zin, zijn functiestoornissen, welke leiden tot gestoorde sociale adaptatie en zijn stoornissen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen". In een latere publicatie zegt Ringoir (1981): "dat de term dementie alleen als etiologische term gebruikt mag worden als deze met zekerheid aanwezig is. Vanuit de kliniek is het realistischer dementie alleen te gebruiken als een descriptieve term voor een syndroom". Bij deze opvatting sluiten wij ons graag aan.

Haaxma (1980) definieert dementie als: "een globale achteruitgang van de hogere cerebrale functies bij helder bewustzijn". Door de toevoeging "bij helder bewustzijn" worden vele symptomatische bewustzijnsstoornissen uitgesloten.

Gilson (1980) beklemtoont zeer sterk de centrale rol van geheugenstoornissen bij dementie in de zin van een gestoorde retentie. In eerste instantie is dementie volgens Gilson derhalve een corticale stoornis, die zich pas in latere stadia ook over dieper gelegen subcorticale structuren uitbreidt.

De meeste auteurs stellen intelligentieverval en stoornissen van psychische functies als gevolgen van dementie centraal.

Wij kiezen in deze studie voor het "observeerbare aspect", zoals Cummings e.a. (1980) dat noemen. Functiestoornissen ten gevolge van diffuse cerebrale defecten uiten zich in gedragsstoornissen. Deze gedragsstoornissen zijn observeerbaar, omdat zij tot uiting komen in een gestoorde communicatie met de omgeving. Dementie als diagnose wordt o.i. gesteld, wanneer er sprake is van gedragsstoornissen, die berusten op diffuus cerebrale processen, welke progressief en irreversibel zijn. De termen progressief en irreversibel onderscheiden dementie van dementiële syndromen, veroorzaakt door een reversibel proces, dat in gang kan worden gezet door verandering in somatische en/of psychosociale factoren. Bovendien gaan we ervan uit, dat de diagnose dementie eerst bij pathologisch-anatomisch onderzoek gesteld kan worden (Van Hellemond, 1972) en bij leven pas besloten mag worden tot het bestaan van een irreversibel dementieel syndroom, als andere diagnoses zijn uitgesloten (Leering, 1977). Behalve progressiviteit en irreversibiliteit kenmerkt het beeld van dementie zich o.i. door gedragsstoornissen, die leiden tot een gestoorde communicatie (zin-geven en zin-ontlenen) met de omgeving. Met Gilson (1980) zijn wij van mening, dat stoornissen in het recente geheugen en de inprenting uitgangspunten zijn bij de ontwikkeling van het gehele symptomencomplex. Vanuit deze gedachtengang komen wij tot de volgende definitie:

DEMENTIE is een op progressieve, irreversibele, diffuse cerebrale defecten berustende functiestoornis, die haar vertrekpunt vindt bij geheugenstoornissen, bij overwegend oudere patiënten, en zich uit in gedragsstoornissen die samen gaan met een gestoorde expressieve én receptieve communicatie met de omgeving.

Willen we bij patiënten tot een juiste diagnosestelling van

dementie geraken, dan zullen we eerst andere oorzaken van beelden met dezelfde symptomatologie moeten uitsluiten. Bovendien zal de diagnose dementie pathologisch-anatomisch bevestigd moeten worden. Het lijkt ons derhalve beter de term "dementieel syndroom" te gebruiken, zolang het bevestigen van de diagnose dementie (ziekte van Alzheimer) bij leven op nog onoverkomelijke problemen stuit.

DEMENTIEEL SYNDROOM is een symptomencomplex, lijkend op dat van de (seniele) dementie, doch veroorzaakt door een verstoring van het evenwicht tussen somatische en psychosociale gezondheidsbepalende factoren.

In de praktijk van een multidisciplinaire observatie van bejaarden met gedragsstoornissen, onderwerp van deze studie, leidt bovenstaande tot de volgende mogelijkheden:

1. Er worden oorzaken gevonden van het dementieel syndroom, die behandelbaar blijken te zijn en leiden tot genezing. We spreken dan van een reversibel dementieel syndroom.
2. Er worden oorzaken gevonden van het dementieel syndroom, die niet behandelbaar blijken te zijn. Er blijven gedragsstoornissen bestaan. We spreken dan van een irreversibel dementieel syndroom.
3. Er worden geen oorzaken gevonden voor de gedragsstoornissen van de patiënt. Wij stellen voor, om ook in dit geval te blijven spreken van een irreversibel dementieel syndroom.

In deze studie beperken wij ons tot de fase van diagnostiek en primaire behandeling tijdens de observatieperiode, waarna - afhankelijk van de aard en ernst van eventueel nog bestaande gedragsstoornissen en afhankelijk van de draagkracht van de thuis-situatie - een plaatsingsadvies zal worden uitgebracht.

1.2.3 Oorzaken van dementiële syndromen

In de literatuur worden velerlei oorzaken voor het ontstaan van dementiële syndromen beschreven. Deze oorzaken worden in de diverse publicaties gegroepeerd volgens zeer vele indelingsmethoden. Een uitputtende opsomming zou in het kader van deze studie te ver

voeren.

Nagenoeg alle auteurs leggen bij de beschrijving van oorzaken van dementiële syndromen de nadruk op de multimorbiditeit of multiple kwetsbaarheid bij bejaarden en de daarbij behorende medicatieproblemen en gevaren van geneesmiddelenintoxicatie.

Bij het bespreken van ons literatuuronderzoek naar oorzaken van dementiële syndromen gaan wij uit van het "wankel evenwicht"-model, zoals dat in diverse publicaties beschreven werd door Sipsma (1973, 1977 en 1979). Deze auteur stelt, dat het mens-milieu-evenwicht afhankelijk is van de interactie van een groot aantal variabelen. Met name bij bejaarden vindt een verstoring van dit zeer belangrijke evenwicht sneller plaats ten gevolge van het verminderen van de reservecapaciteit van vele organen en functies en door het verminderen van stabiliserende krachten. Binnen dit mens-milieu-evenwicht onderscheidt Sipsma een aantal sociale, psychologische en somatische variabelen, die gezamenlijk de grondslag vormen voor de individuele persoonlijkheid in relatie tot zijn omgeving. In dit bij bejaarden wankel evenwicht zijn uiteraard persoonlijke reacties op sociale, psychische of somatische dissonanten afhankelijk van de premorbide persoonlijkheid (Boelen en Zwanniken, 1967).

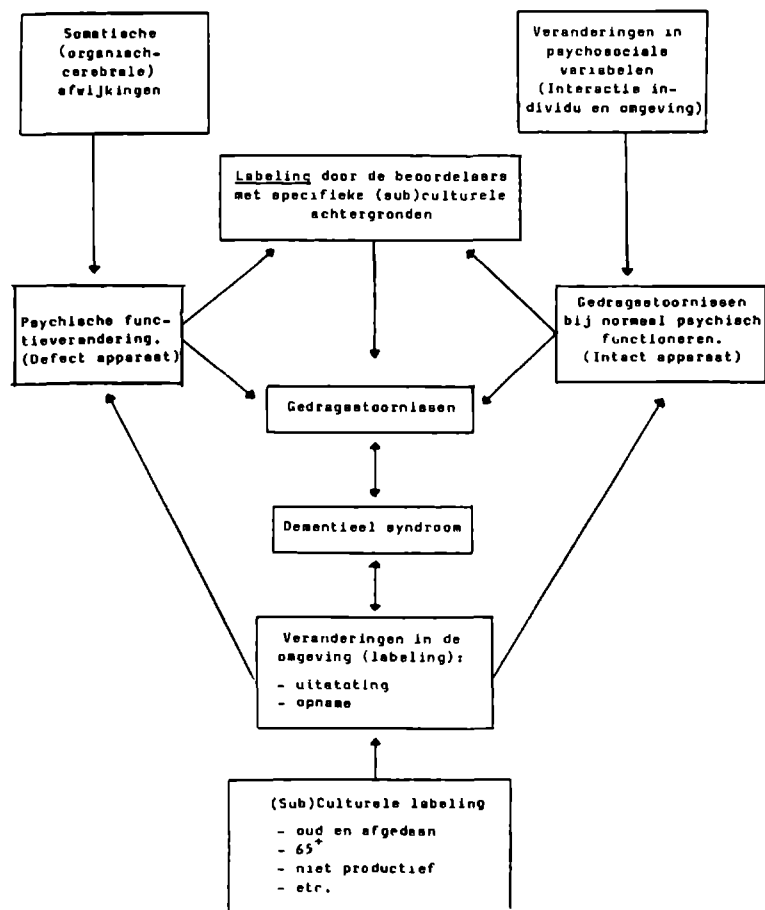
Bij het ontstaan van dementiële syndromen onderscheidt Van 't Hooft (1977) vier, naar zijn mening, belangrijke factoren: 1. de aanwezige defecten; 2. lichamelijke, persoonlijke en maatschappelijke invloeden op deze defecten; 3. de reactie van de patiënt op zijn defecten en de daardoor veranderde patiënt-milieu-relatie; 4. de reactie van de omgeving op het veranderde gedrag van de patiënt. Vooral deze laatste factor wordt nogal eens onderschat. De tolerantie voor patiënten met een dementieel syndroom is in de omgeving van de patiënten vaak zeer klein, ook in instituten (m.n. bejaardenoorden), hetgeen een isolement van de betrokken bejaarde kan versnellen.

Aan de nu volgende bespreking en indeling van oorzaken van dementiële syndromen hebben vele publicaties van diverse auteurs bijgedragen. De voornaamste zijn: Seitelberger (1969), Colmant (1969), O'Brien (1971), Haase (1971), Akkerman (1973 en 1981), Brocklehurst (1973), Judge (1974), Stam (1974 en 1978), Rooswinkel

(1975), Van Melsen (1977), Hall, M. e.a. (1978), Hall, R. e.a. (1978), Bruyn en Frederiks (1979), Gilson (1980), Cahn (1981) en Meier-Ruge (1981).

In schema 1.1 pogen we de interactie tussen somatische, psychische en sociale variabelen in het mens-milieu-evenwicht weer te geven.

Schema 1.1 Oorzaken van een dementieel syndroom



A. Verandering in sociale variabelen

Cahn (1967, 1970 en 1981) en Stork-Groenveld en Van Meerloo (1973) waren in Nederland auteurs, die wezen op de sociale problematiek van het ouder-worden als oorzaak van dementiële syndromen. Met het stijgen van de jaren treden er een groot aantal veranderingen op in de sociale omstandigheden. Zeker bij de huidige maatschappelijke ontwikkeling betekent verouderen niet alleen ouder worden in jaren, maar ook "antiek" worden of "achterhaald door nieuwe technieken en ontwikkelingen". "In een zich snel ontwikkelende maatschappij wordt men eerder oud", aldus Cahn (1970).

We kunnen de veranderingen in sociale variabelen indelen in drie groepen:

1. Sociaal-culturele veranderingen.

In de laatste decennia, ingeluid vanuit de vorige eeuw door de industriële revolutie, zijn vele veranderingen ontstaan, die in de maatschappij verouderingsprocessen versnellen. Deze veranderingen hebben met name een sterke invloed gehad op de positie van de bejaarde in zijn omgeving. Naar Van Melsen (1977) vatten wij deze gewijzigde positie van de bejaarden als volgt samen: Was vroeger de bejaarde de sterkste ("survival of the fittest"), thans is hij een der velen en zijn vele van zijn leeftijdgenoten chronisch ziek en invalide; was vroeger de bejaarde voor zijn omgeving de "wijze ervarene", thans is zijn ervaring en wijsheid verouderd en achterhaald door nieuwe theorieën en ontwikkelingen; was vroeger de bejaarde vaak het hoofd van de familie, thans is de bejaarde alleenwonend of opgenomen in een instituut. Het fenomeen ouderdom is in onze tijd beklemd geraakt tussen twee andere tijdsfenomenen: de overschatting van de jeugd en de technocratische instelling van volwassenen.

Leiden deze sociaal-culturele veranderingen tot een omgeving die de bejaarden niet meer nodig heeft, bij de meeste bejaarden zelf neemt "the need to be needed" juist sterk toe (Sillevis Smitt, 1975). Na de pensionering ontstaat zowel bij de bejaarde, als bij zijn omgeving een totale verandering in het sociaal-culturele verwachtings- en rollenpatroon. Eigen kinderen, de omgeving en zelfs personeel van instituten hebben de neiging bejaarden te bevoogden:

bejaarden worden in verkleinwoorden en nogal negatief benaderd; de dominantie in gezinsverhoudingen verandert; er bestaat een defaïstische houding ten aanzien van somatische en psychosociale problemen bij bejaarden; de bejaarde lijkt "uitgeleefd" en neigt tot isolement en hospitalisatie. Voor een z.g. "Sthenische Ouderdom" (Sillevis Smitt, 1975) moeten de bejaarden (en zijn eventuele hulpverleners) vaak vechten.

2. Verlies van sociale contacten.

Door de pensionering verliest de gepensioneerde vaak plotseling vele contacten. Uit het productieproces betekent bijna altijd: "uit het oog, uit het hart". Met het stijgen der jaren neemt de kans op verlies van generatiegenoten en van familieleden toe; met het ouder-worden wordt de kans op ziekte en overlijden van de levenspartner groter; na de industriële revolutie verdween het z.g. driegeneratiegezin steeds meer uit onze samenleving. Door al deze veranderingen neemt de kans op isolement bij bejaarden sterk toe. Vele bejaarden blijven in toenemende mate "ontredderd" achter. "De belangrijkste stressfactoren zijn in de ouderdom ziekte en vereenzaming, vooral bij mannen", schrijft Cahn (1981).

3. Materiële veranderingen.

Pensionering heeft bij de meeste bejaarden (A.O.W. al of niet aangevuld met pensioen) een financiële aderlating als consequentie. Dit kan leiden tot verlies van huis, tot verandering in voedingspatroon, tot noodgedwongen wijziging van leefgewoonten. Bij vele bejaarden is de financiële aderlating tezamen met andere veranderingen van lichamelijke of psychosociale aard aanleiding tot een opname in een instituut met een onvermijdelijk verlies aan privacy.

Al deze veranderingen in sociale variabelen kunnen binnen het wankel evenwicht tussen bejaarde en milieu onvoorspelbare effecten hebben op het gedrag van de betrokken bejaarden. Meermalen hebben zij ook secundaire veranderingen van psychische en somatische variabelen tot gevolg.

B. Verandering in psychische variabelen

Veranderingen in psychische variabelen zijn vaak secundair aan

veranderingen in sociale of somatische variabelen. Vaak zijn binnen het wankel evenwicht de drie soorten variabelen zo intensief met elkaar verweven, dat nauwelijks te achterhalen is welke de oorzaak van de gedragsverandering is, als het evenwicht verstoord raakt.

Schema 1.1 geeft de interactie weer tussen somatische, psychische en sociale variabelen binnen het mens-milieu-evenwicht. Met het toenemen van de jaren, vooral na de pensionering, dalen interesse, motivatie, activiteit, creativiteit, leervermogen, snelheid en coherentie in het handelen en in het denken. De short-time memory verliest aan kracht. Gecombineerd met de snelle vermoeibarheid van de bejaarde wordt door dit wankel evenwicht zijn actieradius in toenemende mate beperkt.

Door het achteruitgaan van het gehoor, van de visus, van de reuk, van de smaak en van de tast kunnen problemen bij het waarnemen ontstaan. De afstemming op zijn omgeving wordt hierdoor voor de bejaarde moeilijker (Cahn, 1981).

Ook aan seksualiteit worden bij bejaarden andere waarden toegekend in een maatschappij, waarin voor ouderen seksualiteit een taboe is.

Deze scala aan veranderingen van psychische variabelen, waaraan de bejaarde zich vaak moeilijk kan aanpassen ten gevolge van het bestaan van somatische en/of sociale veranderingen, kan snel tot decompensatie leiden, bijv.:

1. Reactieve depressies, met name een onvoltooid rouwproces (Stork-Groenveld en Van Meerloo, 1973). Een differentiële diagnose tussen een depressie en een dementie kan zeer moeilijk zijn. Depressies beginnen meestal acuut of subacuut, de patiënten hebben meestal een psychiatrische voorgeschiedenis en er is meestal een spectrum aan vegetatieve symptomen (Godderis, 1981).
2. Paranoia. Met name ontstaan door stoornissen in het waarnemen' (Stork-Groenveld en Van Meerloo, 1974).
3. Verwaarlozing en sociaal isolement.
4. Waarnemingsdeprivaties: - blindheid
- doofheid
5. Hospitalisatie: aberrant gedrag (passief, angstig, kinderlijk, afhankelijk, depressief, agressief) bij normale psychische functies,

geconditioneerd door de omgeving. Hospitalisatie is niet gekoppeld aan opname in een instituut, maar kan ook in het oorspronkelijke milieu ontstaan.

Veranderingen in psychische variabelen kunnen aanleiding zijn tot het ontstaan van dementiële syndromen in alle graden van ernst.

C. Somatische afwijkingen

In de literatuur worden zeer veel somatische afwijkingen beschreven, die, al of niet gecombineerd met sociale en/of psychische veranderingen, aanleiding kunnen geven tot dementiële syndromen bij bejaarden. Zonder volledig te willen zijn, geven wij hierna een overzicht van deze somatische afwijkingen. De vele vormen van juveniele cerebrale parenchym- en stapelingsziekten worden in dit overzicht achterwege gelaten, omdat wij ons beperken tot dementiële syndromen bij bejaarden.

1. TOXISCH-METABOLE AFWIJKINGEN

Deze afwijkingen kunnen endogeen of exogeen van aard zijn:

- a. Endogeen: - endocrien : -schildklier: hyperthyreoïdie
hypothyreoïdie
-diabetes mellitus: hyperglykemie
hypoglykemie
-hyperparathyreoïdie
-bijnierinsufficiëntie
-ziekte of syndroom van Cushing.
- toxisch : -leverinsufficiëntie
-uremie
-gangreen/decubitus.
- elektrolyten: -dehydratie
-stoornis K^+/Na^+ -huishouding
-hypercalciëmie
-ziekte van Wilson (hepatolenticulaire degeneratie).
- b. Exogeen: - vergiftigingen met zware metalen, koolmonoxyde e.d.
- alcoholabusus

-geneesmiddelenintoxicaties.

Van de iatrogene intoxicatie met geneesmiddelen zijn het vaakst gedragsstoornissen beschreven door overdosering van:

- barbituraten
- digitalispreparaten. Lely (1972) beschreef bij digitalisintoxicaties in 5,7% min of meer ernstige gedragsstoornissen met frequent amnesie en desoriëntatie
- antihypertensiva met als gevolg (orthostatistische) hypotensie
- diuretica (hypotensie en/of uitdroging)
- psychofarmaca
- narcotica: het postnarcose-syndroom.

Van de Kuy (1973) vermeldt drie redenen voor overdosering van geneesmiddelen:

1. de polypathologie;
2. de afwijkende gevoeligheid voor geneesmiddelen door fysiologische en pathologische veranderingen in het bejaarde organisme;
3. de geheugendefecten bij bejaarden.

Naar het voorbeeld van Rudd (1972) zou men een vierde oorzaak voor geneesmiddelenoverdosering aan voornoemde drie redenen kunnen toevoegen: "the medication madness syndrome", een iatrogene intoxicatie door onvoldoende kennis van de farmacologie en een onvoldoende besef van het bestaan van bovenvermelde drie redenen voor overdosering.

Offerhaus (1976) vat de problemen van geneesmiddeltoediening bij bejaarden als volgt samen: "Hoe ouder de patiënten zijn, hoe meer middelen, hoe ingewikkelder de mengsels en de doseringsschemata en hoe kleiner de geestelijke reserve die noodzakelijk is om al het voorgeschrevene op de juiste tijd in te nemen". Hij vervolgt: "Al deze onzekere factoren maken dat men bij ouden van dagen met de grootst mogelijke voorzichtigheid en zuinigheid met geneesmiddelen dient om te springen. Slechts het geven van het kleinst mogelijke aantal geneesmiddelen in de laagste effectieve dosis en het langst mogelijke doseringsinterval op goede indicatie is verantwoord ten einde onnodige en niet zelden leven- en levensgelukbedreigende bijwerkingen te voorkomen".

Alle beschreven gevallen van toxisch-metabole afwijkingen leiden

o.i. allereerst tot bewustzijnestoornissen en secundair tot een amnesie. Zij behoeven, naar onze mening, mits tijdig en adequaat behandeld, zelden of nooit tot een irreversibel dementieel syndroom aanleiding te geven. Gedragsstoornissen, veroorzaakt door toxisch-metabole afwijkingen, voldoen niet aan onze definitie van dementie, omdat ze reversibel zijn en omdat er géén cerebrale defecten aan ten grondslag liggen.

2. HYPOXIE/ANOXIE/ISCHEMIE.

Hoewel het vaak moeilijk is om in de praktijk van de observatie aan te tonen, dat er bij een patiënt een hypoxie bestaat, hebben we voor een overzichtelijke indeling toch gekozen voor hypoxie als verzamelnaam voor de volgende afwijkingen:

- a. Anaemie, van welke oorzaak dan ook.
- b. Hypotensie.
- c. Cardiaal: - myocardinfarct
 - decompensatio cordis
- d. Pulmonaal: - luchtweginfecties
 - C.A.R.A.
 - longemfyseem
 - longembolie.
- e. Shock, m.n. ten gevolge van een acute bloeding.
- f. Polyglobulie.

Ook bij afwijkingen, gepaard gaande met hypoxie e.d., ontstaan bij bejaarden primair stoornissen in het bewustzijn. Zij voldoen derhalve evenmin aan de definitie van dementie, daar er primair geen cerebrale defecten aanwezig zijn en daar er sprake is van in principe reversibele symptomen.

3. VITAMINEDEFICIËNTIES:

- a. Vitamine B₁₂, al of niet met het beeld van een anaemia perniciosa.
- b. Foliumzuur.
- c. Thiamine (vit. B₁). Deficiëntie leidt tot het Wernicke-Korsakow-syndroom.
- d. Ondervoeding.

Op grond van dezelfde overwegingen, als bij de afwijkingen onder

1 en 2 beschreven, voldoen gedragsstoornissen ten gevolge van vitaminedeficiënties niet aan de definitie van dementie.

4. INFECTIES:

- a. Extracranieel: - luchtweginfecties
 - urineweginfecties
 - abcessen (m.n. bij diverticulitis)
 - endocarditis lenta
 - lues
 - tuberculose
 - actinomycose
- b. Intracranieel: - banaal of specifiek: - meningitis
 - encephalitis
 - hersenabces.

Ook bij infecties zullen gedragsstoornissen primair ontstaan door bewustzijnsstoornissen ten gevolge van toxische processen en/of koorts, die bij bejaarden het wankel evenwicht grondig kunnen verstoren. Bij intracranieële infecties kunnen circumscrip-te weefselbeschadigingen cerebrale symptomatologie veroorzaken. Alle infecties zijn in principe reversibel en er blijven na infecties geen progressieve, diffuse cerebrale defecten bestaan.

5. TUMOREN:

- a. Primaire intracranieële ruimte-innemende processen:
 - intracranieële bloedingen (m.n. subduraal hematoom);
 - intracranieële primaire tumoren, benigne en maligne, zowel uitgaande van de schedel als van de hersenvliezen als van het hersenweefsel;
 - ventrikelcysten.
- b. Secundair: metastasen.
- c. Tertiair: paracarcinomateuze encephalopathie met psychische stoornissen, toegeschreven aan toxische stoffen en/of oedeem en/of hypoxie. Deze zijn het meest frekwent beschreven bij bronchuscarcinoom. Een soortgelijke encephalopathie komt o.a. voor bij: de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Whipple en bij leukemie.

Bij tumoren zijn bewustzijnsstoornissen, specifieke neurologische

symptomen en vaak ook paranoia de primaire verschijnselen. Meestal zijn de afwijkingen progressief en irreversibel, maar in tegenstelling tot de seniele dementie, zijn de afwijkingen bij tumoren circumscrip en niet diffuus cerebraal gelocaliseerd.

6. TRAUMATA:

Ten gevolge van oorlog, sport, verkeer. Bewustzijnsstoornissen zijn ook hier primair naast de specifieke neurologische symptomen.

Uitingsvormen: - commotio cerebri
- contusio cerebri
- subduraal hematoom
- hydrocephalus.

Tot de traumata kan men verder nog rekenen:

- heat stroke
- electrotraumata
- stralingstraumata.

Over het algemeen is er ook bij traumata sprake van reversibele afwijkingen en van circumscripte cerebrale localisatie. In elk geval zijn de afwijkingen niet progressief en zij voldoen derhalve niet aan de definitie van dementie.

7. NEUROLOGISCHE ZIEKTEBEELDEN:

- a. Arteriosclerosis cerebri. In de volkamond (maar ook frequent in de medische wereld) is "aderverkalking" synoniem met dementeren. Vele auteurs hebben deze correlatie in twijfel getrokken.

Pfeiffer (1969) toonde bij 382 obducties van patiënten ouder dan 55 jaar aan dat er geen correlatie bestond tussen de mate en ernst van arteriosclerose van lichaamsbloedvaten en intracerebrale bloedvaten, dat de verdeling en ernst over alle bloedvaten uitermate wisselend was en dat er evenmin een correlatie bestond tussen de mate en ernst van de arteriosclerose in grote hersenvaten en eindarteriën. Ernstige arteriosclerose werd gevonden bij mensen die intellectueel noch neurologisch ooit afwijkingen hadden getoond. Soortgelijke bevindingen deed Gerhard (1969) bij 250 obducties van

patiënten ouder dan 60 jaar. Hij concludeert dat seniele demantie waarschijnlijk veel frekwenter voorkomt dan arteriosclerotische demantie. Fox e.a. (1975) beschouwen, zoals wij reeds eerder beschreven, arteriosclerosis cerebri als een somatisch proces na een aantal cerebrovasculaire accidenten.

Wellicht bestaat er geen arteriosclerotische demantie, maar gaat het om patiënten met een seniele demantie die tevens symptomen van arteriosclerosis cerebri vertonen (bewustzijnsdaling met concentratiezwakte, ernstige emotionele labiliteit met dysartrie (soms anartrie) en een voorgeschiedenis van T.I.A.'s (transient ischaemic attacks), C.V.A. (cerebrovasculair accident) en neurologische uitvalsverschijnselen). Het hele beeld wekt de indruk van een pseudo-bulbair syndroom en toont vaak veel gelijkenis met het Parkinsonsyndroom.

- b. Cerebrovasculair accident met hemiparesen en frekwent afasie, apraxie en agnosie (dyslexie, dysgrafie en dyscalculie e.d.). Het C.V.A. wordt vaak voorafgegaan door een T.I.A. en beide kunnen worden veroorzaakt door bloedingen, tromboosen of embolieën.
- c. Ziekte van Parkinson/Parkinsonisme (sclerotisch of iatrogeen).
Bij Parkinsonbeelden lijkt een vertraging van alle menselijke functies op te treden, met name ook van spreken en denken.
Wij twijfelen sterk aan het bestaan van een Parkinsondemantie, omdat er slechts expressieve stoornissen lijken te bestaan.
- d. Multiple sclerose.
- e. Chorea van Huntington.
- f. Spierdystrofieën.
- g. Amyotrofische lateraalsclerose (bulbair type).
- h. Vertebralis-basilarisinsufficiëntie/Cervicaalsyndroom.
- i. Multi-infarctsyndroom.
- j. Ziekte van Jakob-Creutzfeld (slow virus infection). Een door Nevin en Jones beschreven ziektebeeld is waarschijnlijk hiermee identiek.

k. Ziekte van Binswanger.

l. Spinocerebellaire degeneratie van Friedreich.

m. Ziekte van Marchiafava-Bignami.

n. Ziekte van Behçet.

o. Epilepsie.

p. Cerebrale vasculitiden, o.a. veroorzaakt door tuberculose, lupus erythematoses, periarteriitis nodosa, Ziekte van Bessier-Boeck.

Bij al deze ziektebeelden wordt o.i. ten onrechte een relatie met (seniele) dementie aangenomen.

Bestaan er bij seniele dementie communicatiestoornissen met de omgeving van expressieve én receptieve aard uitgaande van een stoornis in de geheugenfunctie, bij de beschreven neurologische ziektebeelden zijn de communicatiestoornissen met de omgeving slechts van expressieve aard (zeker in de aanvang van de ziekte) en is de stoornis van de geheugenfunctie géén uitgangspunt van het ziektebeeld.

Bestaan er bij seniele dementie progressieve, irreversibele en diffuse cerebrale defecten, bij de beschreven neurologische ziektebeelden zijn de defecten meestal niet diffuus cerebraal en vele van de beschreven ziektebeelden zijn niet progressief en soms reversibel.

Bestaan er bij seniele dementie aanvankelijk slechts geheugenstoornissen, die tenslotte leiden tot een amnestisch syndroom én een apraxo-afasie-agnostische symptomencomplex (Stam, 1974), bij de beschreven ziektebeelden is - zeker aanvankelijk - geen sprake van een amnestisch syndroom en is in de eindfase van de diverse ziektebeelden een amnesie door communicatiestoornissen (afasie, anartrie e.d.) niet meer te objectiveren, hoewel de receptieve communicatie nog intact kan zijn.

Genoemde neurologische ziektebeelden tonen, behoudens hun specifieke neurologische symptomen, vaak een of meer van de volgende verschijnselen:

a. Bewustzijnsstoornissen.

b. Communicatiestoornissen: belemmering van verbale en/of non-verbale communicatie met de omgeving ten gevolge van:

- afasie, expressief en/of receptief
- agnosieën (vaak gecombineerd met afasie)
- dysartrie/anartrie
- pareren.

c. Bradyfrenie.

d. Stoornis in de emotionaliteit.

8. DEMENTIE (= Ziekte van Alzheimer).

Steeds meer auteurs spreken hun twijfels uit over het bestaansrecht van de preseniele dementieën. Waarschijnlijk zijn het, evenals de seniele dementie, vormen van de ziekte van Alzheimer met hetzelfde pathologisch-anatomische afwijkingspatroon. Dit afwijkingspatroon komt ook voor in de cerebra van patiënten met het syndroom van Down en bij bepaalde familiair amaurotische dementieën (Van Crevel, 1972). In kwantitatief duidelijk minder ernstige mate wordt dit afwijkingspatroon ook gevonden in de cerebra van gezonde bejaarden.

Aan een uitvoerige beschrijving van het pathologisch-anatomisch substraat van cerebra bij de Ziekte van Alzheimer gaan wij voorbij, omdat zulk een beschrijving (hoe interessant ook) buiten het kader van dit onderzoek valt. Uitvoerige informatie is te vinden in een uitgave van Van Praag en Kalverboer (1972).

Zij hier nog vermeld, dat ernstige pathologisch-anatomische veranderingen zijn beschreven bij normaal functionerende bejaarden, maar dat meestal toch de kwantiteit van de afwijkingen bepalend lijkt te zijn voor het al of niet ontstaan van het beeld van de dementia senilis (Corsellis, 1979 en Stam, 1975 en 1979).

Bij de ziekte van Pick bestaat een heel ander pathologisch-anatomisch beeld als bij de ziekte van Alzheimer. Ook het symptomencomplex is van geheel andere aard, vooral doordat in de beginfase andere symptomen dan geheugenstoornissen op de voorgrond staan; en wel:

- karakter- en stemmingsveranderingen (vooral euforie);
- spraakstoornissen van expressieve aard, tenslotte leidend tot mutisme.

Wellicht is de ziekte van Pick meer een neurologisch ziektebeeld dan een vorm van dementie.

Door de uitgebreidheid van de opsomming van somatische afwijkingen lijken deze als oorzaak voor gedragsstoornissen te overwegen. Zoals reeds opgemerkt, hebben we echter bij bejaarden steeds te maken met een wankel evenwicht, waarin als gevolg van de multiple kwetsbaarheid vaak multiple pathologie ontstaat met een niet te scheiden samenspel van somatische, psychische en sociale variabelen. Dit samenspel maakt het ons vaak onmogelijk temidden van vele diagnoses de oorzaak voor het ontstaan van een dementieel syndroom bij een individu aan te wijzen.

9. Tenslotte bestaan er nog een aantal PSYCHIATRISCHE ZIEKTEBEELDEN, die bij een differentiële diagnose van het dementiele syndroom van belang zijn. Het gaat hier om ziektebeelden, veroorzaakt door een combinatie van organische en psychosociale variabelen:

1. Endogeen manisch depressieve psychose.
2. Schizofrenie.
3. Involutiepsychose.
4. Neurose.

Het hierboven gegeven overzicht van oorzaken voor gedragsstoornissen bij bejaarden (dementiele syndromen) is onvolledig en de laatste ontwikkelingen op het gebied van neuro-anatomisch, histochemisch en neurochirurgisch onderzoek zijn er niet in verwerkt. De praktische consequenties van al deze onderzoeken voor de bejaarde met een dementieel syndroom zijn nog onduidelijk. Zeker lijkt, dat in de toekomst behandeling van amnesieën met neurohormonen of endorfines (De Wied, 1975, 1979 en 1979-II; Van Praag 1977 en De Wied en Van Ree, 1980) de diagnose dementia senilis minder frequent zal doen stellen. Ook theorieën als choline-deficiëntie, zinkdeficiëntie, aluminiumintoxicatie ("dialysedementie"), slow-virusinfection zullen wellicht, zodra zij tot therapeutische consequenties leiden, de diagnose dementia senilis verder terugdringen en het aantal oorzaken van reversibele dementiele syndromen doen toenemen.

Het maken van een uitvoerige indeling in dementievormen, zoals bijv. Remmerwaal (1972) doet, lijkt ons zo lang zó weinig bekend is van dementia senilis, en er wellicht vaker sprake is van een

dementieel syndroom, weinig zinnig. Zo'n indeling draagt o.i. meer bij tot onduidelijkheid dan tot praktisch nut voor therapeutisch handelen.

1.2.4 Klinisch beeld van het dementieel syndroom

Het symptomencomplex van een dementieel syndroom biedt een scala van mogelijke mozaïekbeelden, afhankelijk van de oorzaken op somatisch gebied en tevens afhankelijk van het individu en diens wisselwerking met zijn omgeving (psychosociale variabelen). Een overzicht van symptomen is dan ook nauwelijks te geven, omdat "alles kan en bijna niets hoeft". Bovendien worden symptomen door bejaarden vaak anders beleefd en weergegeven dan door niet-bejaarden. Tonino (1969) geeft hiervoor als redenen:

1. Interferentie van verschijnselen bij de multipathologie.
2. Maskering van symptomen door multitherapie, vaak palliatief (met name met psychofarmaca).
3. Symptomen "horen bij de ouderdom".
4. De gezondheidsbeleving is afhankelijk van het zich al of niet opgewassen voelen tegen het vervullen van de dagelijkse taak.

Stam (1974) geeft als kenmerk van het dementiële beeld: een amnestisch syndroom gecombineerd met apraxo-afaso-agnostische verschijnselen. Nagenoeg alle overige auteurs beschrijven het symptomencomplex als volgt:

1. Meestal ontstaat het totale beeld zeer geleidelijk.
2. In dit beeld zijn de symptomen van de onderliggende gezondheidsbelemmerende wijzigingen in sociale, psychische en somatische variabelen verweven, naar uiting afhankelijk van de premorbide persoonlijkheid.
3. Verwardheidstoestanden van verschillende ernst, gepaard gaande met agressiviteit, depressiviteit, veranderingen in stemming en karakter of delirium. Dit symptomencomplex kan leiden tot het amnestisch syndroom.
4. Het amnestisch syndroom. Aanvankelijk bestaat er een stoornis van "recent memory" en "short-term memory", soms gecombineerd met confabuleren en façadegedrag. In deze fase bestaat er meestal

nog ziekte-inzicht. Vervolgens gaat het passief herkennen en actief zich herinneren van recente (nieuwe) feiten en gebeurtenissen teloor. Bij de ziekte van Alzheimer ontstaat dit verlies door een stoornis in het circuit van Papez (verbindingen tussen hippocampus, gyrus hippocampi, corpus mamillare en voorste thalamuskern). In toenemende mate gaan vervolgens ook activiteit, creativiteit en oriëntatie (meestal achtereenvolgens in tijd, plaats en persoon) achteruit. In deze fase ontstaan vaak paranoidale reacties.

5. In latere stadia, wanneer ook de met de thalamus verbonden schorsdelen in het proces betrokken raken, ontstaat ook een stoornis in "remote memory" en "long-term memory": ook het door onderwijs en ervaring geleerde gaat verloren. Er ontstaat geleidelijk een totale desoriëntatie (ook in de eigen vertrouwde omgeving), een verlies van de eigen levensgeschiedenis en er treden corticale dysfuncties op in de zin van apraxie, agnosie en afasie. De patiënt gaat persevereren en confabuleren en verliest zijn façadegedrag en zijn paranoia.
6. In toenemende mate raakt de cortex cerebri in het proces betrokken en ontstaan er decorumverlies, incontinentie en infantiele tot foetale gedragspatronen en -reflexen.
7. In het eindstadium treedt er geleidelijk spieratrofie en invaliditeit in die extreme vormen kan aannemen.

Het aldus beschreven amnestisch-apraxy-afasie-agnostische symptomencomplex ontwikkelt zich bij seniele demantie (= ziekte van Alzheimer) vanuit de stoornissen in geheugen en inprenting en resulteert in communicatiestoornissen van expressieve én receptieve aard.

Bij alle andere vormen van dementiële syndromen ligt het uitgangspunt van de ontwikkeling van dit symptomencomplex niet bij geheugen en inprenting, maar elders, zoals beschreven is in paragraaf 1.2.3.

1.2.5 Preventie en behandeling van dementiële syndromen

Wij sluiten ons volledig aan bij de opvatting, verwoord door Cahn (1975), dat therapie bij bejaarden gericht moet zijn op:

"een beter lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren en niet beperkt (mag blijven) tot een behandeling van optredende acute of chronische ziekten". Therapie bij bejaarden is niet alleen genezen ("cure"), maar ook herstellen en handhaven van het wankel evenwicht ("care").

Reeds in 1961 (Van Zonneveld) en 1966 (Fuldauer) werd in Nederland een pleidooi gehouden voor periodiek geneeskundig onderzoek van bejaarden thuis, vooral van bejaarden, bedreigd door o.a. isolement of gedragsstoornissen. Tonino (1969) bevestigde deze noodzaak nog eens in de huisartsenpraktijk, waar hij bij 10% van de bejaarden die géén klachten hadden toch afwijkingen ontdekte. Schouten (1974) stelde een preventieve afscheidskeuring bij pensionering voor.

Preventie en behandeling dienen gericht te zijn op herstel én op handhaving en versteviging van het evenwicht tussen sociale, psychische en somatische variabelen:

1. Psychosociaal: het doorbreken van de neergaande spiraal na decompensatie door middel van reactivering (Akkerman, 1973) en het consolideren van het herstelde evenwicht, bijv. door:
 - a. het bevorderen van contacten en interesses (aanbieden van krant, t.v., clubwerk, ontspanningscentra, dagtochten e.d.) (Van Prooedij, 1972).
 - b. Groepsgesprekken. (Terpstra en Ter Haar (1973) toonden het positieve effect aan van groepsgesprekken op de resocialisatie, gevoel van eigenwaarde, kritische instelling en groepbinding).
 - c. Het bevorderen van evenwicht tussen privacy en contact met de buitenwereld (Cahn, 1970).
 - d. Het begeleiden van familie en kennissen naar een juiste houding ten opzichte van de bejaarde met gedragsstoornissen (Cahn, 1975).
 - e. Het bevorderen van acceptatie van het ouder-worden door de bejaarde zelf (Sipsma, 1973).
 - f. Het begeleiden van milieuveranderingen (Akkerman, 1973).
 - g. Pogen in crisissituaties het essentiële bloot te leggen en duidelijk te maken en daarna een goede nacontrole en nazorg

te organiseren (Silbermann, 1973).

- h. Ondersteunen en verbeteren van oriëntatie en geheugen door plaatsaanduidingen en groot-cijfer-klokken (Sipsma, 1973).
- i. Groepsverzorging in bejaardenoord voor die bejaarden, die zich - vooral om psychosociale redenen - niet continu zelfstandig op hun kamer kunnen handhaven.

De laatste jaren wordt in instituten een leefklimaat van preventie, behandeling en begeleiding nagestreefd omschreven als "therapeutisch leefklimaat". Hierbij streven de hulpverleners naar actieve zelfbepaling van de patiënt door hem de gelegenheid te bieden binnen zijn omstandigheden zo zelfstandig mogelijk zichzelf te zijn (Van Melsen, 1977). Ook met sociotherapie (Luyten, 1976 en 1981) wordt gestreefd naar een therapeutisch leefklimaat, waarbij de sociotherapeut methodisch en doelmatig gebruik maakt van de omgeving van de patiënt en wel zodanig, dat deze een therapeutisch effect heeft op de gedragsstoornissen. Hierbij staat de relatie omgeving-familie-personeel-patiënt centraal en het therapeutisch beleid richt zich op het opheffen van stoornissen in die relaties met als doel: het algeheel welbevinden op alle niveau's.

Ter Haar (1977) maakt onderscheid in primaire en secundaire preventie:

- a. primair: voorkomen van aandoeningen of gebeurtenissen, die in het bijzonder het reeds wankel evenwicht bedreigen.
- b. secundair: bejaarden de gelegenheid bieden op intellectueel, emotioneel en sociaal gebied actief te zijn en te blijven.

2. Somatisch

Er bestaat uiteraard een grote hoeveelheid aan preventieve en therapeutische mogelijkheden bij somatische afwijkingen. Essentieel hierin is het zo vroeg mogelijk opsporen van afwijkingen, die tot invaliditeit leiden (Ter Haar, 1977). Even essentieel is het om patiënten met gedragsstoornissen in een zo vroeg mogelijk stadium grondig multidisciplinair te onderzoeken (Van Wersch-van der Spek, 1980). De uit zulk een onderzoek voortvloeiende preventieve en therapeutische maatregelen vereisen door de multicausaliteit van een verstoring van het wankel evenwicht bij bejaarden uiteraard een multidisciplinaire aanpak (Sipsma, 1973).

1.2.6 Organisatie van het onderzoek bij dementiële syndromen

De meeste auteurs vermelden in publicaties over onderzoek van bejaarden met een dementieel syndroom niets of nauwelijks iets over de samenstelling van het onderzoekende team of over de organisatie van het onderzoek. Toch is juist een goede organisatie hier wezenlijk wil men bij de enorme scala van mogelijke veranderingen van psychische, sociale en/of somatische aard de juiste diagnostiek bedrijven. Eerst dan is een multidisciplinaire behandeling en preventie mogelijk.

Miesen (1974) verrichtte poliklinische screenings met een team bestaande uit verpleeghuisarts, internist, röntgenoloog, psychiater, psycholoog en fysiotherapeut. In dit team missen wij node de andere paramedici. Menige neurologische diagnose (bijv. Parkinsonisme, afasie) wordt bij bejaarden pas na verloop van tijd gesteld in nauwe samenwerking en overleg met fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. Ook de deelname van een neuroloog (vooral ten behoeve van een noodzakelijk EEG-onderzoek) verkiezen wij boven deelname van een psychiater. In een team, waarin o.a. een geriatrisch geschoolde arts en een psycholoog samenwerken, lijkt ons een psychiater op indicatie van gevonden psychiatrische symptomen voldoende.

Ter Haar (1975) stelt een multidisciplinair team voor van een verpleegkundige, een geriatrisch opgeleide arts, een psycholoog, een psychiater, een neuroloog en een internist. Ook hier missen wij de paramedische diensten en hebben wij dezelfde twijfel over een routinedeelname van een psychiater. Terecht wijst Ter Haar op het vaak overbodig routinematig verrichten van technisch onderzoek (L.P.E.G., scan e.d.) die meestal belastend zijn voor de patiënt en diens decompensatie kunnen bevorderen, terwijl ze vaak weinig praktisch nut hebben.

Zowel Van Wersch-van der Spek (1980), als Fuldauer e.a. (1980) beschrijven een poliklinisch onderzoek van psychogeriatrische patiënten. Bij Van Wersch-van der Spek bestaat het onderzoekende team uit een sociaal-psychiatrische verpleegkundige (sociale status, voorgeschiedenis, medicatie en A.D.L.-functies), een observerende verpleegkundige en een geriater. Slechts incidenteel wordt

een psycholoog, psychiater, logopedist, fysiotherapeut of bezigheidstherapeut in consult gevraagd. De auteur zelf constateert dat deze opzet van onderzoeken onvolledig is en dat het team zou dienen te bestaan uit een arts/geriater, een klinisch psycholoog, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een geriatriesch geschoolde ergotherapeute. Het team zal daarnaast gebruik moeten kunnen maken van de hulp van een psychiater, een fysiotherapeut, een logopedist, een maatschappelijk werkende en een bezigheidstherapeut. Voor een poliklinisch screeningsteam lijkt ons deze samenstelling uitstekend, hoewel o.i. een audiogram bij bijna elke patiënt geen overbodige luxe is.

Fuldauer e.a. (1980) stelden hun poliklinisch screeningsteam nagenoeg hetzelfde samen als het ideale team volgens Van Wersch-van der Spek. In Fuldauer's team functioneert een psychiater echter voor 100% mee, hetgeen ons, evenals Van Wersch-van der Spek (1980), overbodig lijkt en in dit team ontbreken alle paramedici, hetgeen ons een duidelijk gemis lijkt te zijn.

Schouten (1979) geeft in een publicatie over klinisch onderzoek bij psychogeriatrische patiënten een dermate summiere beschrijving van de samenstelling van het onderzoekende team, dat deze publicatie zich er niet toe leent om ons onderzoek ermee te vergelijken.

Ook voor de organisatie van het onderzoek zijn de meeste publicaties wat betreft de onderzoeksmethode zeer kort en derhalve, vrezend wij, zeer onvolledig. Schouten (1979) vermeldt nauwelijks iets van zijn onderzoeksmethode, Van Wersch-van der Spek (1980) en Fuldauer e.a. (1980) blijven zeer beknopt in de weergave van hun onderzoeksmethodiek, zodat een vergelijking van de methode van ons onderzoek met die van hen niet mogelijk is.

Drie publicaties geven de onderzoeksmethode uitgebreider weer. Onze onderzoeksmethode komt vrijwel overeen met die, zoals beschreven door Boelen en Zwanniken (1967), hoewel hun laboratoriumprogramma erg beperkt is. Datzelfde geldt voor het onderzoek van Roth en Meyers (1969) en van Wells (1971), hoewel routinematig bepalen van het serumgehalte aan vitamine B₁₂ en aan foliumzuur (Roth en Meyers) en een routine-Schillingtest (Wells) ons niet nuttig lijken, gezien

onze ervaringen in het verleden (Claessens en Wijnen, 1977). Alle drie genoemde bepalingen kunnen beter op indicatie van hematologische en/of neurologische (sensibiliteits-) afwijkingen worden verricht.

Bijna alle Nederlandse publicaties maken melding van het gebruik van B.O.P.-lijsten bij het onderzoek van gedragsgestoorde bejaarden. De B.O.P. (= Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten) is een door Van der Kam e.a. (1971) bewerkte beoordelingschaal, die een overzicht geeft van verschillende gedragsaspecten. De B.O.P. is daartoe onderverdeeld in 6 schalen:

Schaal 1: Hulpbehoevendheid. De score, lopend van 0 tot 46, geeft de mate weer waarin de patiënt afhankelijk is van anderen. Gedragsstoornissen, zoals desoriëntatie, gestoorde communicatie en gestoorde A.D.L., zijn vervat in deze schaal. De schaal 1 differentieert niet alleen het sterkst tussen wel en niet gedragsgestoord, maar is ook de meest betrouwbare en valide schaal van de B.O.P.

Schaal 2: Agressiviteit. De score, lopend van 0 tot 10, meet agressieve gedragswijzen.

Schaal 3a: Lichamelijke invaliditeit. Deze schaal meet met een scorebeloop van 0 tot 6 A.D.L.-activiteiten (lopen en aankleden).

Schaal 3b: Depressief gedrag. De score, lopend van 0 tot 6, geeft de mate van depressiviteit weer.

Schaal 3c: Psychische invaliditeit. Deze schaal meet, met een scorebeloop van 0 tot 8, stoornissen in de oriëntatie en de communicatie.

Schaal 4: Inactiviteit. De score - van 0 tot 14 - geeft de mate aan, waarin de bejaarde activiteiten weet te ontplooiën en initiatieven neemt.

De B.O.P. is in 1976 nogmaals gevalideerd door Wimmers. Hij toont in zijn onderzoek aan, dat de B.O.P. goed discrimineert tussen somatisch zieke bejaarden en psychisch gestoorde bejaarden.

Van de samenstelling van het observerende team wordt door een commissie ad-hoc van de Nationale Ziekenhuisraad (1980) een zeer uitvoerige beschrijving gegeven, evenals van de vijf delen, waaruit

naar haar mening het onderzoek zou moeten bestaan:

1. Sociale screening, 2. Psychiatrische screening, 3. Somatische screening, 4. Psychologische screening en 5. Gedragsobservatie.

In grote lijnen zijn wij het eens met de beschreven inhoud van de vijf delen van het onderzoek en de genoemde delen zijn in onze observatiemethode opgenomen. Ook de samenstelling van het observerende team en de verantwoordelijkheid van elke deskundige daarin wordt door genoemde commissie van de N.Z.R. (1980) uitvoerig beschreven. Onze reeds beschreven vraagtekens zetten wij ook hier bij de geadviseerde routinedeelneming van een psychiater aan het onderzoek en ook in dit advies ontbreken, naar onze mening ten onrechte, de paramedische diensten.

Voor de beschrijving van de in ons onderzoek gebruikte psychologische onderzoeks- en observatiemethoden verwijzen we naar een publicatie van R.A. Puts-Zwartjes (1984).

Voor de samenstelling van het observerende team en de onderzoeksmethoden in ons onderzoek verwijzen we naar de paragrafen 3.3 en 3.4.

1.2.7 Vervolgonderzoek

Voor zover ons bekend is een vervolgonderzoek na klinische observatie van gedragsgestoorde bejaarden en een na observatie uitgebracht plaatsingsadvies in ons land nooit verricht.

Williams en medewerkers (1973) onderzochten in Engeland in 30 maanden 332 patiënten bij hun aanmelding aan het "nursing-home". Bij 53% was sprake van "chronic brain syndrome", 47% was somatisch chronisch ziek. Na een poliklinische screening van een dag, ongeveer overeenkomend met het programma beschreven in paragraaf 3.4, werd een plaatsingsadvies verstrekt. Bij 55% der patiënten was aanvullend specialistisch onderzoek nodig, voordat een advies kon worden uitgebracht. De plaatsingsadviezen in Engeland zijn echter niet vergelijkbaar met de Nederlandse mogelijkheden. Zij waren:

nursing-home	34,9%
andere instituten	38,7%

eigen huis 22,9%
psychiatrisch ziekenhuis 3,5%.

Dit onderzoek werd gevolgd door een follow-up van 2-24 maanden. De adviezen bleken in ruim 80% aan het eind van de onderzoeksperiode nog steeds als juist te worden bevonden, zowel door de onderzoekers als door een onafhankelijk team van arts en medisch-maatschappelijk werkster. Psychiatrische opnamen bleken in 100% juist, terugplaatsing naar huis in ruim 90%; de grootste verschuivingen vonden plaats in instituten (20-25% overplaatsingen).

Miesen (1974) verrichtte met zijn team poliklinische screenings bij bejaarden met gedragsstoornissen. Bij 90 patiënten, waarvoor een psychogeriatrische opname werd verzocht, vond hij in 50% een indicatie tot opname, in 33,3% géén indicatie tot opname en in 16,7% was verder klinisch onderzoek noodzakelijk vóór een advies kon worden uitgebracht. Bij 40 patiënten voor wie een plaatsingsadvies werd gevraagd, waren deze percentages respectievelijk 10, 80 en 10. De follow-up van dit onderzoek mislukte echter, omdat het merendeel van de adviezen om diverse redenen niet werd opgevolgd, "waardoor uiteindelijk een aanzienlijk aantal bejaarden wel in een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden terecht moest komen".

Miesen geeft noch in deze publicatie noch in een latere weer welk resultaat het bij 16,7% van de patiënten geadviseerde klinische onderzoek opleverde.

Helaas is ons onderzoek niet vergelijkbaar met de beide vermelde studies. De studie van Williams e.a. (1973) vond plaats in een Engelse situatie, die moeilijk vergelijkbaar is met de Nederlandse. Miesen (1974) verrichtte een poliklinisch onderzoek, waarvan de follow-up om voor ons niet bekende redenen mislukte. Bovendien onderscheidt Miesen slechts in wel of géén indicatie voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis en niet in het al of niet bestaan van een dementieel syndroom.

1.2.8 Landelijke situatie verpleeghuizen

In de organisatie van de Nederlandse volksgezondheidszorg is in de ziekenhuizen een vrij sterke scheiding tussen somatische en

psychiatrische zorg (A- en B-bedden) ontstaan.

Ook in de verpleeghuizen is aanvankelijk een soortgelijke differentiatie opgetreden. Verpleeghuizen werden onderscheiden in somatische verpleeghuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen (A- en B-bedden). De zogenaamde gemengde verpleeghuizen, waarin zowel somatische als psychogeriatrische patiënten worden opgenomen, bestonden tot 1970 nauwelijks (in 1971: 34 van de 239 verpleeghuizen) en zijn na 1970 in aantal vrij sterk gestegen. In 1975 waren 56 van de 297 verpleeghuizen gemengd (overzicht Ministerie van Vomis, 1978), in 1980 75 van de 310 verpleeghuizen en per 01.01.1983 93 van de 330 verpleeghuizen (rapport N.Z.I., 1980, 1981 en 1983).

Over het aantal noodzakelijke verpleeghuisbedden in Nederland, verdeeld in A- en B-bedden, bestaat reeds vele jaren discussie. Met name het aantal psychogeriatrische bedden blijkt te gering om aan de behoefte te voldoen. Uit dit tekort volgt ook een achterstand in zorg, vooral in de grotere steden van Nederland. De nood van de psychogeriatrische patiënten is zo groot, dat vaak slechts de ernstige patiënten voor opname in psychogeriatrische verpleeghuizen in aanmerking komen. Patiënten met lichte gedragsstoornissen staan vaak jaren op wachtlijsten voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis, zonder dat zij grondig multidisciplinair op eventuele oorzaken van hun gedragsstoornissen worden onderzocht. Door het ernstige tekort aan verpleeghuisbedden faalt ook de preventie van psychische stoornissen bij bejaarden.

De reeds sinds vele jaren geldende normpercentages voor verpleeghuisbedden zijn (rapport "Korte Termijn", 1973):

A-bedden: 1,2 - 1,4% van het totaal aantal bejaarden + 0,035% van het totaal aantal inwoners.

B-bedden: 1,25% van het totaal aantal bejaarden.

Bij de A-bedden geldt 1,2% als norm met een uitlopmogelijkheid tot 1,4% in speciale gevallen. Wij hanteren in het vervolg bij berekeningen gemakshalve 1,4%.

Voor verpleeghuizen, vooral voor die in de grote steden, worden deze normen als te krap ervaren. De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland adviseerde in mei 1977 (rapport 1977) voor A-bedden 1,6% van het aantal bejaarden + 0,035% van het totaal

aantal inwoners en voor B-bedden 1,8% van het aantal bejaarden. Het College van Ziekenhuisvoorzieningen adviseerde op 19.09.1977 (rapport 1977) voor A-bedden 1,4% + 0,035% en voor B-bedden 1,5%. Beide adviezen zijn nooit overgenomen door het Ministerie van Vo-mil of W.V.C., zodat nog steeds de normen van 1973 gelden.

Uitgaande van deze normen uit 1973, en rekening houdend met de berekende en verwachte percentages bejaarden volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Van Oosterwijk Bruyn, 1978 en Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1978 en 1981), ontstaan de volgende gegevens:

1. Het percentage bejaarden in Nederland steeg van 7,3% in 1946 via 10,1% in 1970 en 10,7% in 1975 naar 11,8% in 1983. De schatting voor het jaar 2000 is 13,2% inwoners boven de 65 jaar.

2. De ontwikkeling van de norm voor A-verpleeghuisbedden (per 1000 inwoners):

- 1970: 1,4% van 10,1% + 0,035% van de totale bevolking = 0,176%,
hetgeen 1,76 bed per 1000 inwoners betekent.

- 1975: 10,7% bejaarden = 1,85 bed per 1000 inwoners.

- 1980: 11,5% bejaarden = 1,96 bed per 1000 inwoners.

- 1982: 11,7% bejaarden = 1,99 bed per 1000 inwoners.

- 1983: 11,8% bejaarden = 2,00 bed per 1000 inwoners.

- 2000: 13,2% bejaarden = 2,20 bed per 1000 inwoners.

3. De ontwikkeling van de norm voor B-verpleeghuisbedden (1,25% van het totale aantal bejaarden):

- 1970: 10,1% bejaarden = 1,26 bed per 1000 inwoners.

- 1975: 10,7% bejaarden = 1,34 bed per 1000 inwoners.

- 1980: 11,5% bejaarden = 1,44 bed per 1000 inwoners.

- 1982: 11,7% bejaarden = 1,46 bed per 1000 inwoners.

- 1983: 11,8% bejaarden = 1,475 bed per 1000 inwoners.

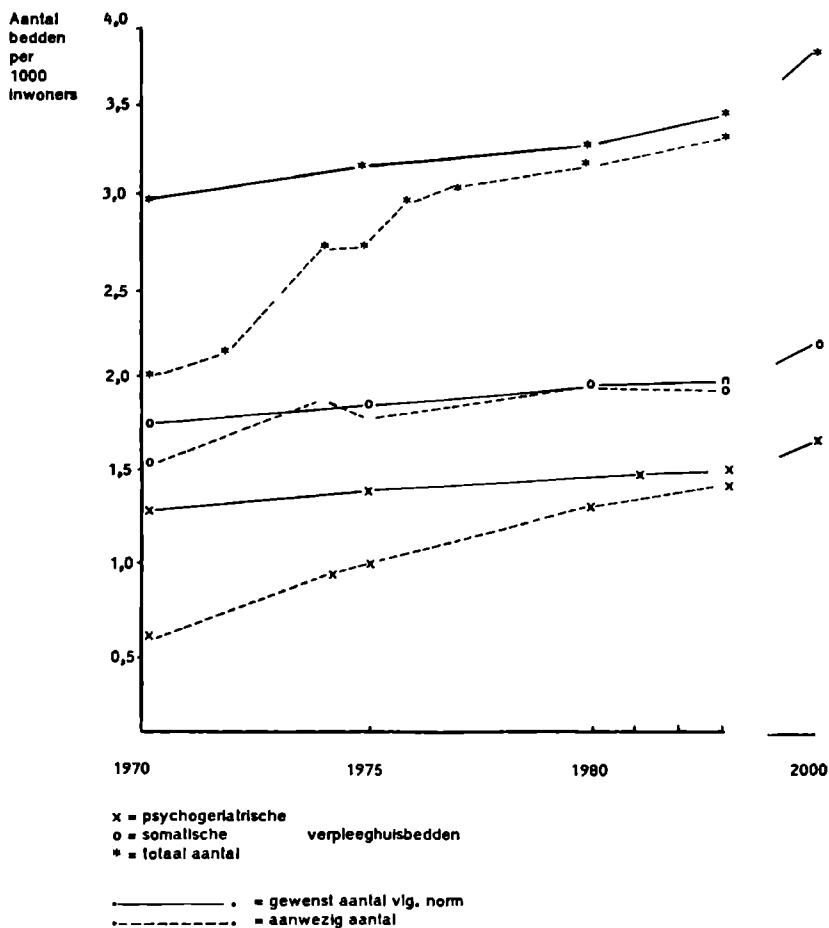
- 2000: 13,2% bejaarden = 1,65 bed per 1000 inwoners.

Het werkelijke aanwezige aantal bedden (Vademecum 1978 en 1981; rapport N.Z.I. 1980, 1981 en 1983) komt, zoals uit grafiek 1.2 blijkt, geleidelijk dichter bij de norm, doch blijft vooral voor psychogeriatrische bedden nog steeds eronder.

In 1980 bestonden er 27.387 erkende somatische verpleeghuisbedden, hetgeen overeenkomt met de gestelde norm. Er bestonden op datzelfde

moment 17.834 erkende psychogeriatrische bedden, terwijl er volgens de norm 20.192 zouden moeten zijn. Een tekort derhalve van 2.358 erkende psychogeriatrische bedden. Dat deze noodsituatie de aandacht heeft, moge blijken uit de cijfers per 01.01.1983: 27.842 somatische verpleeghuisbedden en 19.614 psychogeriatrische verpleeghuisbedden, terwijl er volgens de norm resp. 28.536 en 21.151 zouden moeten zijn; een dalend tekort derhalve.

Grafiek 1.2 Aantal verpleeghuisbedden in Nederland



In hoeverre het ontstaan van dagbehandelingscentra dit tekort zal opvullen is nog niet met zekerheid te zeggen. Begin 1980 waren er 659 somatische dagbehandelingsplaatsen en 371 psychogeriatrische dagbehandelingsplaatsen, per 01.01.1983 waren dat er resp. 1.160 en 900; te weinig en nog van te korte bestaansduur om invloed te kunnen hebben op het tekort aan verpleeghuisbedden (Rapport N.Z.I., 1980 en 1983).

Ondanks deze noodsituatie zijn er in Nederland slechts enkele onderzoekerresultaten bekend ten aanzien van dementiële syndromen bij bejaarden, hoewel een aantal verpleeghuizen systematisch poliklinische en/of klinische observaties bij de aangeboden psychogeriatrische patiënten uitvoeren.

Uit een viertal ons bekende Nederlandse studies blijkt een vierde tot een derde deel van de vermeend psychogeriatrische patiënten een reversibel dementieel syndroom te hebben.

Miesen (1974) onderzocht poliklinisch bij 90 patiënten, die zich op de wachtlijst voor een psychogeriatrisch verpleeghuis bevonden of er een indicatie tot opname bestond. Dit bleek bij 30 patiënten (33,3%) niet het geval te zijn. Een groot deel van hen werd later, om niet vermelde redenen, toch in een psychogeriatrisch verpleeghuis opgenomen.

Schouten (1979) onderzocht op een klinisch-geriatrische afdeling van een ziekenhuis 143 psychogeriatrische patiënten. Bij 31% van hen bestond geen dementieel syndroom. Uit dit onderzoek is niet duidelijk of alle 143 patiënten voor opname aangeboden waren aan een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Van Wersch-van der Spek (1980) verrichtte poliklinisch onderzoek bij 144 patiënten met een dementieel syndroom, die door hun huisarts voor plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis waren voorgedragen. Bij 18,8% bleek geen dementieel syndroom te bestaan. Hoewel het in deze studie een poliklinische screening betreft, die (ook volgens de auteur) niet optimaal georganiseerd was, zijn de patiënten uit onze studie zeer goed vergelijkbaar met deze groep van 144 patiënten.

Fuldauer e.a. (1980) verrichtten eveneens poliklinisch onderzoek bij patiënten, die verschijnselen vertoonden van geestelijk

dysfunctioneren en die op grond daarvan waren aangemeld bij de S.P.D. (Sociaal-psychiatrische dienst). De vraag in dit onderzoek is niet plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis, maar:

- kan een algemeen advies gegeven worden ten aanzien van behandeling of wijze van opvang en begeleiding, na vaststelling van de diagnose?
- is plaatsing in een verzorgingshuis nog mogelijk?
- is opname in een psychogeriatrisch dagbehandelingscentrum, in een psychogeriatrisch verpleeghuis of in een (psychiatrisch) ziekenhuis noodzakelijk?

De auteurs tonen bij 32% van de onderzochte patiënten de afwezigheid van een dementieel syndroom aan. Hoewel de vraagstelling afwijkt van die in onze studie, zijn er vele vergelijkingen mogelijk tussen ons onderzoek en de publicatie van Fuldauer e.a. (1980).

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we de probleemstelling van deze studie bespreken, waarbij we aandacht schenken aan de aard en de plaats van het onderzoek, aan het vervolgonderzoek en aan de vraagstellingen bij zowel onderzoek als vervolgonderzoek.

Zoals reeds eerder vermeld, bleek uit publicaties van Welten (1969 en 1972), dat ruim 60% van alle patiënten in psychogeriatrische verpleeghuizen aldaar rechtstreeks van thuis was opgenomen zonder tevoren multidisciplinair te zijn onderzocht op de oorzaken van hun gedragsstoornissen of dementiële syndromen. Dit gegeven was voor ons aanleiding tot het opzetten van een multidisciplinaire observatie van patiënten, die voor plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis werden aangeboden.

2.2 Aard en plaats van de observatie

Gekozen werd voor een klinische observatie in een somatisch verpleeghuis. Deze keuze berustte op de volgende overwegingen:

1. Klinisch. We kozen in de eerste plaats voor een klinische observatie, omdat het hier gaat om patiënten die werden aangeboden aan psychogeriatrische verpleeghuizen of aan een verpleeghuiscomplex (bestaande uit twee somatische en een psychogeriatrisch verpleeghuis). We hadden derhalve reeds met klinische patiënten te maken.

Bovendien is bij een observatie van dementiële syndromen in vele gevallen een klinische observatie te prefereren boven een poliklinische observatie op grond van een aantal redenen:

- Uitsluiten van de invloed op de observatieconclusies van dag- en nachtschommelingen of van wisselingen van ernst van het dementiële syndroom op langere termijn.
- Observatie over een langere termijn biedt duidelijk voordelen. Niet zelden wordt een diagnose (bijv. Parkinsonisme) pas in de loop van een opname tijdens een langere multidisciplinaire observatie gesteld.

- Bij vele patiënten treedt tijdens de opname een gedragsverbetering op als gevolg van de opname zelf. Factoren die hiertoe bijdragen zijn: gewenning aan het observerende team en doorbreking van sociaal isolement.
- Een volledig observatieonderzoek in een dag is voor de patiënt zeer vermoeiend. Klinische observatie biedt de mogelijkheid het onderzoek te faseren en de gevonden afwijkingen op elk gebied nader te evalueren door aanvullend onderzoek en/of het instellen van behandelingen.

Voordeel van een poliklinisch onderzoek daarentegen is, zoals o.a. beschreven door Ter Haar (1975) en door Van Tiggelen (1975): de bejaarde blijft in zijn eigen omgeving, zonder een opnametrauma. Dat dit opnametrauma de objectiviteit van de beoordeling (Van Tiggelen) bijna geheel opheft is mijns inziens onjuist. In de veilige thuisituatie vallen geheugen- en oriëntatiestoornissen vaak minder op dan daarbuiten. Bovendien behoort aanpassing aan gewijzigde omstandigheden tot de normale menselijke functies.

De waarheid wat betreft beide vormen van observatie zal wel in het midden liggen. Poliklinische observaties kunnen voldoende zijn, doch bij twijfelachtige gegevens of bij tegenstrijdige gegevens van het observerende team en de wijkervaringen lijkt mij een klinische observatie steeds geïndiceerd.

2. Somatisch verpleeghuis. We kozen voor een somatisch verpleeghuis en niet voor een algemeen ziekenhuis, niet voor een psychiatrisch ziekenhuis, noch voor een psychogeriatrisch verpleeghuis. Deze keuze was het gevolg van een aantal voordelen, die het somatisch verpleeghuis bood ten opzichte van de drie andere genoemde instituten. Ten behoeve van een goede observatie op oorzaken van dementiële syndromen is een multidisciplinair team noodzakelijk; dit team moet, zowel in de fase van diagnostiek als in de fase van primaire behandeling/begeleiding, de mogelijkheid hebben tot overleg tussen teamleden onderling en de familie.

a. Vergelijken met het algemeen ziekenhuis biedt het somatisch verpleeghuis veel meer de mogelijkheid van werken met een op de patiënt afgestemd multidisciplinair team. De multiple kwetsbaarheid,

eigen aan de bejaarde patiënt, vraagt meer om zo'n geriatrisch geschoold multidisciplinair verpleeghuisteam, dan om een orgaan-specialistisch georganiseerde ziekenhuisafdeling.

Bij zijn functioneren moet het verpleeghuisteam dan wel aangevuld kunnen worden met consultants cq. adviseurs op orgaanspecialistisch gebied.

Een verder voordeel van het verpleeghuis ten opzichte van het ziekenhuis is de kleinschalige en meer huishoudelijke "woon"-sfeer van het verpleeghuis tegenover de meer "bedlegerige" op enelle doorstroming gerichte werkwijze van het ziekenhuis. Een konsekwentie van dit verschil is vooral het meer aan het tempo van de bejaarde aangepast zijn van het verpleeghuis.

b. Ten opzichte van het psychogeriatrisch verpleeghuis heeft het somatisch verpleeghuis de volgende voordelen:

- Benefit of the doubt. Eerst een goede observatie ter opsporing van oorzaken van gedragsstoornissen en pas daarna een definitieve plaatsing. Het stempel "geestelijk gestoord" of "dement" hoort, zo al nodig, pas op een patiënt geplaatst te worden ná observatie. Bij een rechtstreekse plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis blijkt dit "stempel" maar al te vaak een negatief bepalende invloed te hebben op de verdere toekomst van de patiënt. De overwegend "somatische setting" (d.w.z. meer nadruk op reactivering dan op begeleiding) van het somatisch verpleeghuis biedt sterke voordelen bij het uitsluiten van met name somatische oorzaken voor het dementiële syndroom. In psychogeriatrische verpleeghuizen met grotere nadruk op begeleidingsaspecten is deze paramedische reactiverende gerichtheid veel geringer.
- Overplaatsing vanuit een somatisch verpleeghuis naar verzorgingshuizen e.d. kunnen plaatsvinden zonder het stempel van een dementieel syndroom.
- Doordat de observatie gebeurt in een niet-gestigmatiseerde omgeving bevinden de te observeren patiënten zich tussen somatische patiënten, zowel tijdens de uren van ontspanning als op de behandelaafdelingen. Hierdoor krijgen zij de kans zich aan te sluiten bij niet-gedragsgestoorde patiënten, hetgeen tevens een belangrijke observatiemogelijkheid biedt aan het team.

- Tenslotte biedt het somatisch verpleeghuis, indien na korte tijd blijkt dat een patiënt geen dementieel syndroom heeft, de mogelijkheid van overplaatsing naar een somatische afdeling waar de observatie voltooid kan worden.

c. Voor psychiatrische ziekenhuizen geldt in principe hetzelfde als voor psychogeriatrische verpleeghuizen.

Een verder argument tegen het psychiatrisch ziekenhuis is het feit, dat dementiële syndromen bij bejaarden geen psychiatrische ziektebeelden zijn, maar meestal symptomen van multipathologie, die in de geriatrie of in het verpleeghuis adequaat opgevangen kunnen worden.

Tenslotte bestaan er geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (zg. G.A.A.Z.). Dit aantal is echter nog beperkt in Nederland. Bovendien is het de vraag of de juiste plaats van een G.A.A.Z. wel in het ziekenhuis is. Wellicht is het beter per regio een geriatrische afdeling in een verpleeghuis te localiseren, mits dit verpleeghuis zo het al niet vast aan een ziekenhuis gelocaliseerd is, dan toch zeer nauw met een ziekenhuis samenwerkt binnen een cluster (onder een cluster verstaan we een algemeen ziekenhuis met voldoende verpleeghuisbedden, verzorgings- en servicebedden en wijk-inwoners als achterland. Welten, 1978; Mullink en Welten, 1980).

De observatie in deze studie vond plaats in het verpleeg- en reactiveringscentrum Dommelhof, een onderdeel van het Dommelhofcomplex te Eindhoven. Het Dommelhofcomplex bestond uit de volgende instituten:

1. Verpleeg- en reactiveringscentrum Dommelhof, waar alle patiënten uit het complex werden opgenomen voor observatie en revalidatie of reactivering. Dit verpleeghuis beschikte over 150 bedden en telde reeds in 1971 30 experimentele dagbehandelingsplaatsen.
2. Longstay-verpleeghuis Paulus. Hier werden vanuit het centrum Dommelhof patiënten opgenomen voor langdurige verpleging en verzorging. Het verpleeghuis Paulus bood plaats aan 60 patiënten.
3. Psychogeriatrisch verpleeghuis Den Heuvel met 70 bedden, waar

vanuit het observatiecentrum de patiënten met een irreversibel dementieel syndroom werden opgenomen en verdere behandeling en begeleiding genoten.

4. Het verzorgingshuis Den Eerdbrand, dat plaats bood aan 180 bejaarden.

5. De serviceflat De Bevelanden, waar 120 bejaarden gehuisvest konden worden.

2.3 Vervolgonderzoek

Na een observatieperiode van vier weken werd, afhankelijk van de gestelde diagnoses en de resultaten van de daaruit voortvloeiende primaire behandeling en begeleiding, aan elke geobserveerde patiënt een plaatsingsadvies en adviezen voor verdere behandeling en begeleiding gegeven. In afnemende volgorde van zelfstandigheid luidde dat advies: terug naar huis, servicewoning, verzorgingshuis, somatisch verpleeghuis, psychogeriatrisch verpleeghuis.

Na het realiseren van dit advies werd elke patiënt zo mogelijk gedurende minimaal 6 jaar gevolgd, waarbij het totale observatieresultaat met de daaruit voortvloeiende adviezen inclusief het uitgebrachte plaatsingsadvies werden gecontroleerd.

2.4 Probleemstelling

Onze studie richt zich zowel op de observatie als op het vervolgonderzoek. Wij zoeken naar een antwoord op de volgende vragen:

- A. Werden de patiënten uit onze studie terecht of onterecht aangeboden voor plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis?
of: Hoe vaak was er sprake van een reversibel en hoe vaak van een irreversibel dementieel syndroom?
- B. Welke oorzaken waren er bij onze patiënten aanwijsbaar voor het ontstaan van reversibele dementiële syndromen?
- C. Bleken de plaatsingsadviezen, op grond van de graad van gedragsstoornissen aan de patiënten gegeven na de observatieperiode, juist te zijn?

D. Bleken de conclusies ten aanzien van het dementieel syndroom zoals deze werden geformuleerd na de observatieperiode, tijdens een vervolgonderzoek van minimaal 6 jaar in de praktijk juist te zijn?

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we een beschrijving geven van het patiëntenbestand en van de organisatie van ons onderzoek. We geven de samenstelling en verdeling van verantwoordelijkheden van het observerende team. Vervolgens beschrijven we de gebruikte onderzoeksmethode voor de observatie en voor het vervolgonderzoek. In paragraaf 3.5 beschrijven we de criteria, die we gebruikten bij onze indeling van de patiënten in groepen.

3.2 Patiëntenbestand

De onderzoeksperiode liep van 01.11.1971 tot 01.01.1982. Alle 230 in het onderzoek betrokken patiënten werden voor observatie opgenomen tussen 01.11.1971 en 01.01.1976, waarna het vervolgonderzoek zich uitstreckte tot het begin van 1982.

Om in het onderzoek te worden opgenomen moesten de patiënten voldoen aan de volgende kriteria:

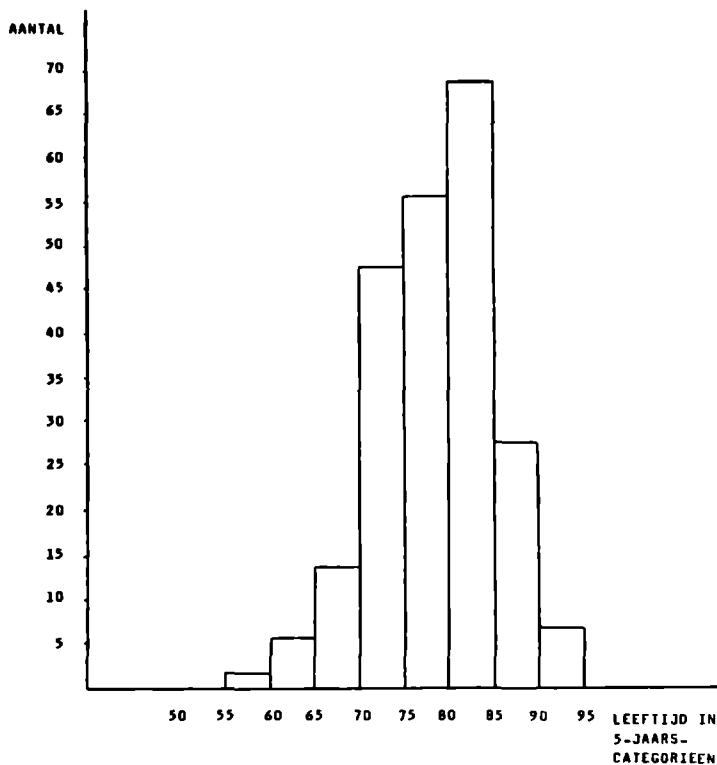
1. Rechtstreeks voor opname aangeboden zijn aan een psychogeriatrisch verpleeghuis of aan een verpleeghuiscomplex met dementie als hoofddiagnose, waarbij de behandelend (en de opnamevragend) arts én de familie van de patiënt het dementiële syndroom hetero-anamnestic bevestigden. (De laatste toevoeging is noodzakelijk, daar in het aan het onderzoek meewerkende verpleeghuiscomplex alle aangeboden patiënten via een centrale opnamecommissie op een observatie-afdeling van het somatisch verpleeghuis opgenomen werden en pas later - zo nodig - overgeplaatst werden naar het tot hetzelfde complex behorende psychogeriatrisch verpleeghuis.)
2. Vóór opname in het verpleeghuis nooit specialistisch multidisciplinair zijn onderzocht op de mogelijke oorzaken van hun gedragsstoornissen.

In totaal werden 230 patiënten in het onderzoek betrokken, 125 vrouwen (54,3%) en 105 mannen (45,7%). De jongste patiënt was 58 jaar, de oudste 93 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 78,1

jaar, de mediaan van de leeftijden 78,2 jaar.

Grafiek 3.1 geeft een overzicht van de leeftijdsverdeling in 5-jaarscategorieën van de 230 patiënten.

GRAFIEK 3.1 LEEFTIJDVERDELING VAN DE 230 PATIENTEN IN 5-JAARSCATEGORIEËN



3.3 Samenstelling en organisatie van het observerende team

Het multidisciplinaire observerende team werd gevormd door een vaste kern van dagelijkse aanwezige personeelsleden. Dit team werd aangevuld met deskundige consultants of adviseurs, soms op vaste tijden, soms op indicatie van gevonden afwijkingen.

Vaste kern : - verplegend personeel van de observatie-afdeling
 - een maatschappelijk werker

- een fysiotherapeut
- een ergotherapeut
- een logopedist
- een bezigheidstherapeut
- een psycholoog
- een psychologisch assistent
- een afdelingsarts

Vaste consulenten : - neuroloog t.b.v. neurologisch onderzoek en EEG.

- internist t.b.v. advies en ECG-diagnostiek.

Beide consulenten c.q. adviseurs waren wekelijks gedurende 1 à 2 uur bij de observatie betrokken.

Consulenten op indicatie: - psychiater

- orthopeed
- revalidatie-arts.

Deze drie consulenten waren minimaal 1 maal per maand gedurende 1 à 2 uur bij de observatie betrokken.

Alle patiënten met andere orgaanspecialistische problemen werden verwezen naar een algemeen ziekenhuis voor poliklinisch of klinisch onderzoek.

De kracht van het observerende team werd bepaald door de intensiteit van het samenwerkingsverband, door het vermogen elkaar gevraagd en ongevraagd te adviseren en te controleren (en te laten adviseren en controleren) en door het gezamenlijke streven alle patiënten menswaardig naar hun optimale niveau (somaatish, psychisch én sociaal) te begeleiden. In dit teamwork had het verpleegkundig personeel de centrale en coördinerende rol en berustte de eindverantwoordiging bij de afdelingsarts. Voor elk teamlid bestond een vaste vervang(st)er.

De taak van elk teamlid wordt beschreven in het observatieprogramma van 4 weken in de volgende paragraaf 3.4.1.

Een aanwijzing voor de verbondenheid van het team is, dat gedurende de 5 jaren, waarin de patiënten werden opgenomen voor ons onderzoek, slechts een logopedist en een afdelingshoofd hun functie moesten opgeven.

3.4 Onderzoeksprogramma

3.4.1 Observatieprogramma

Tijdens de observatieperiode van 4 weken werd door het observerende team in samenwerking met de adviseurs getracht oorzaken van reversibele gedragsstoornissen of dementiële syndromen te ontdekken en voor de gevonden afwijkingen een adequate behandeling en begeleiding in te stellen cq. te adviseren.

Het observatieprogramma werd voor dit doel onderverdeeld in 4 delen van elk een week (zie tabel 3.2);

Tabel 3.2 OBSERVATIESCHEMA

		Naam :	
		Geb.datum:	
Inhoud:		Gewenst :	Geschied:
WEEK: I	Foto		
	Anamnese en hetero-anamnese		
	Alg. lich. onderzoek		
	Labor. screening		
	Opvragen medische gegevens huisarts		
	ECG		
	Rd. thorax		
	Rd. schedel		
	EEG		
	L.P.		
	Intern onderzoek		
	Zintuigonderzoek		
	Psychiatrische observatie		
	Paramedische observatie		
II	Neurologisch onderzoek		
	A.D.L.-observatie		
III	Maatschappelijk rapport		
	Gedragobservatie (B.O.P.-lijst)		
IV	Psychologisch onderzoek		
	Stafbespreking		

WEEK I:

- Bij opnemng kennismaking met de patiënt en diens familie, waarbij een zo volledig mogelijke auto-anamnese en hetero-anamnese werd afgenomen. In beide anamneses werd speciale aandacht gegeven aan stoornissen in geheugen, inprenting en oriëntatie, aan façadegedrag, decorum en ziekte-inzicht, aan confabuleren en persevereren, aan verschijnselen van apraxo-afaso-agnostische aard, aan depressiviteit, angst, onrust, agressie en emotionele uitingen en aan vage klachten. Verder werd aandacht besteed aan ziektegeschiedenis en familiale ziekten en aan het beloop van het dementiële syndroom bij de patiënt. De specifieke anamnese werd gevolgd door een tractusanamnese, die ook hetero-anamnestic werd gecontroleerd. Hierbij werd extra aandacht besteed aan het gebruik van geneesmiddelen. Het afnemen van deze anamneses behoorde tot de taak van de afdelingsarts.
- Medische gegevens. Van elke patiënt werd door de afdelingsarts aan de huisarts diens dossier ter inzage gevraagd. Zo nodig werd om aanvullende informatie verzocht aan specialisten en apotheker.
- Pasfoto.
- Algemeen lichamelijk (geriatrisch) onderzoek door de verpleeghuisarts.
- Laboratoriumscreening. Vast programma: B.S.E., Hb., erythrocyten, Ht., leukocyten en differentiatie, bloedbeeld, trombocyten, nuchtere glucose, bilirubine, alkalische fosfatase, SGOT., SGPT., LDH., cholesterol, ureum en kreatinine, zure fosfatase en prostaatfactor, natrium en kalium, luesreacties.
Urine: S.G., pH, eiwit, reductie, urobiline, bilirubine, sediment en uricult.
Faeces: 3 x benzidine.
Dit laboratoriumprogramma werd op indicatie van gevonden afwijkingen zo nodig uitgebreid.
- Röntgenonderzoek in een ziekenhuis (poliklinisch): X-thorax en X-schedel.
- Electro-encefalogram (beoordeeld door de consulterend neuroloog).
- Zintuigonderzoek en audiogram (zie tabel 3.3); het zintuigonderzoek werd door de afdelingsarts en het audiogram door de logopedist verricht. Afwijkingen leidden steeds tot verwijzing naar een

TABEL 3.3 ZINTUITONDERZOEK

Naam : _____

Geb.datum: _____

Linker: Rechter:

	Algemeen		
	Tonometrie		
	Media		
	Fundus		
OOG	Gezichtsveld		
	Pupilreacties		
	Bril		
	Visus		

	Gehoor		
OOR	Speculum		
	Gehooreapparaat		

Audiogram:

- Paramedische observatie, leidend tot een fysiotherapeutische, ergotherapeutische en logopedische status, waarin resp. het functioneren van het bewegingsapparaat, de fijne motoriek en de A.D.L. en de eventuele aanwezigheid van fatische en gnostische stoornissen werden vastgelegd. Coördinatie van deze observatie was in handen van het hoofd paramedische diensten.
- Voedingsanamnese door een diëtist, die overigens geen taak had in het team.

WEEK II:

- A.D.L. (= activiteiten van dagelijkse levensverrichtingen)-observatie door de ergotherapeut, resulterend in een A.D.L.-status.
- Neurologisch onderzoek (door de consultant-neuroloog).
- Eventueel aanvullend specialistisch onderzoek.

- Instellen van een primair behandel- en begeleidingsplan door het team.

WEEK III:

- Afronding van het sociale onderzoek, dat begon bij de kennismaking vóór en voorbereiding op de opname, door de maatschappelijk werker, resulterend in een sociale status met aandacht voor voorgeschiedenis, woonsituatie, gezinssamenstelling en -ontwikkeling, omgeving en beroepsgeschiedenis.
- Gedragsobservatie, waartoe een B.O.P.-lijst (Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten, zie paragraaf 1.2.6) (Van der Kam e.a., 1971) werd ingevuld door het verplegend personeel (afdelingshoofd en teamleider) en de bezigheidstherapeut. De bezigheidstherapeut bekeek vooral het functioneren van de patiënt in de groep tijdens de ontspanning en lette op de sociale mogelijkheden van de patiënt. De patiënten werden door de bezigheidstherapeut begeleid op alle momenten, dat zij niet voor onderzoek of behandeling op de verpleegafdeling of de behandelafdelingen vertoefden.

WEEK IV:

- Psychologisch onderzoek, bestaande uit psychologische observatie tijdens de opname en uit psychologische testen:
 - a. mens-tekening, gescoord volgens Goodenough.
 - b. de Bender Visual Motor Gestalttest (Bender).
 - c. de Hooper Visual Organization Test (Hooper).
 - d. de Wechsler Adult Intelligence Scale (W.A.I.S.).
 - e. de Attention Diagnostic Method (A.D.M.).

We kozen voor deze testbatterij, vanwege de bekendheid van de psychologe binnen het observerende team met deze testen. De testen worden in volgorde van moeilijkheid afgenomen.

R.A. Putz-Zwartjes (1984) toonde aan, dat zelfs als de Hooper uit de testbatterij wordt weggelaten, deze testbatterij betrouwbaar en valide was voor het meten van cognitief functioneren. De maat van cognitief functioneren, te berekenen uit de scores op de testen - de Hooper niet meegerekend - toonde bij 270 respondenten een sterke correlatie met de eveneens bepaalde graad van gedragsstoornissen (deze zullen worden beschreven in paragraaf 3.5): Pearson correlatie-coëfficiënt 0.95.

- Voltooiing van de observatie in een teambespreking, waarin de volgende gegevens werden vastgelegd:
 1. Psychosociale en somatische gezondheidsbeperkende factoren.
 2. Behandel- en begeleidingsadviezen.
 3. Mate van verzorgingsbehoefte volgens de B.O.P.- en A.D.L.-lijsten.
 4. Vaststellen van de graad van gedragsstoornissen.
 5. Plaatsingsadvies.

Tijdens de observatieperiode voerde het verplegend personeel van de afdeling dagelijks besprekingen, waarbij zonodig andere teamleden aanwezig waren. Op grond van de eerste onderzoeksgegevens werd voor elke patiënt een dagprogramma opgesteld. Wekelijks werd een bespreking van het gehele team gehouden onder leiding van de afdelingsarts en eveneens wekelijks was er een spreekuur voor familieleden bij de afdelingsarts en/of maatschappelijk werker. Tijdens deze besprekingen werd, op grond van de beoordeling van ieder teamlid, de graad van gedragsstoornissen van de patiënten bepaald. Wanneer binnen het team geen overeenstemming bereikt kon worden over de graad van gedragsstoornissen van een patiënt, werd de patiënt opnieuw door enkele teamleden onderzocht en werd eventueel een consultant ingeschakeld. De controle op de uitvoering van het observatieprogramma lag in handen van het verpleegkundig afdelingshoofd, de psycholoog en de afdelingsarts, welke laatste de eindverantwoording droeg.

Tenslotte dient nog opgemerkt te worden, dat het gehele observatieprogramma natuurlijk geen statisch maar een dynamisch gebeuren was. Wisselingen in de tijdsplanning kwamen voor; tijdens de observatieperiode werd uiteraard reeds met behandelingen en begeleiding begonnen; niet zelden werden belangrijke bijdragen tot de observatie geleverd door niet-teamleden van het overige verpleeghuispersoneel.

3.4.2 Programma van het vervolgonderzoek

Voor iedere patiënt werden in de vervolgperiode veranderingen in

sociale, psychische en somatische factoren, evenals daaruit voortvloeiende behandelings- en begeleidingsaanpassingen, vastgelegd in het vervolgdoossier. Tevens werd van elke patiënt, die in een instituut verbleef, met medewerking van het personeel aldaar, regelmatig doch minimaal eenmaal per jaar, een B.O.P.-lijst ingevuld. Bij iedere patiënt, bij wie besloten was tot de afwezigheid van een dementieel syndroom, werden de psychologische testen eenmaal per jaar herhaald. Ook bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom werd, indien verbetering was aangetoond door het verzorgend personeel (o.a. via de B.O.P.-lijst), het psychologisch onderzoek herhaald.

De verstrekte plaatsingsadviezen werden jaarlijks op hun juistheid gecontroleerd door middel van:

- gesprekken met de betrokkene en/of zijn familie;
- gesprekken met het personeel van de instituten;

Zowel de psycholoog als de verpleeghuisarts onderzochten tijdens het vervolgonderzoek de patiënten eenmaal per jaar in hun eigen omgeving. Hoewel dit voor ons tijdrovend was, voorkwamen we hierdoor het vermoeiende en psychisch belastende reizen voor de patiënten. Vooral de uitslagen van de psychologische testen werden daardoor minder vertekend.

Voor de uitvoering van dit programma waren psycholoog en afdelingsarts verantwoordelijk. Tot begin 1977 legden zij eenmaal per jaar de volgende gegevens vast:

1. Wijziging in somatische en psychologische gegevens.
2. Wijzigingen in behandel- en begeleidingsplannen.
3. Mate van verzorgingsbehoefte (B.O.P.-lijsten).
4. Graad van gedragestoornissen.
5. Juistheid van het plaatsingsadvies.

Vanaf begin 1977 werd afgezien van deze zeer tijdrovende jaarlijkse controles en werd besloten om begin 1982 nog eenmaal de 5 bovenvermelde gegevens te evalueren via een schriftelijke en/of telefonische enquête, met als inhoud formulier 3.4, bij behandelend artsen of bij directies van instituten, waar patiënten waren opgenomen.

Naam	:	Heer/Mevrouw
Geboortedatum	:	
1. Instituut	:	
2. Wanneer aldaar opgenomen	:	
3. Nog in leven	:	ja/nee
Zo nee, wanneer overleden	:	
waaraan overleden	:	
4a. Hoe was (bij overlijden) of		
is (bij leven) de	:	
- somatische toestand	:	
(Diagnosen, medicatie,		
noodzakelijke behande-		
lingen, A.D.L.-gegevens)		
- psychische toestand	:	1. normaal : ja/nee
	:	2. gestoord : begeleidingbehoefstig
		verzorgingsbehoefstig
		verpleegbehoefstig
4b. Is of was betrokken bejaarde		
bij U juist geplaatst	:	ja/nee
4c. Zo mogelijk de uitslagen van		
de laatste B.O.P.-lijst	:	datum:
		score 1 : score 3 ^B :
		score 2 : score 3 ^C :
		score 3 ^A : score 4 :
5. Indien niet meer in Uw		
instituut aanwezig, waar-		
heen overgeplaatst en op		
welke datum	:	

Bijvoorbeeld hartelijke dank voor Uw medewerking

3.5 Indeling in groepen

Zowel na de observatieperiode als na elk jaar van het vervolgonderzoek werden de patiënten ingedeeld naar de graad van hun gedragsstoornissen.

De indeling in graden van gedragsstoornissen was als volgt:
 categorie ongestoord (graad 0): zowel gedrag als resultaten van het psychologisch onderzoek wijzen niet in de richting van een dementieel syndroom. Bejaarden uit deze categorie kunnen zich, indien er geen lichamelijke invaliditeit aanwezig is, zelfstandig handhaven in de maatschappij.

Graad 1: er bestaan lichte gedragsstoornissen doch nauwelijks

opvallend. Er bestaan lichte stoornissen in inprenting en short-time memory en een lichte desoriëntatie in tijd. Meestal ook lichte concentratiestoornissen. De oriëntatie in plaats en persoon zijn ongestoord. Met lichte steun (maaltijdvoorziening en regelmatige wijkverpleegkundige controle) kunnen bejaarden uit deze categorie zich zelfstandig handhaven. Een servicewoning lijkt de meest geschikte plaats.

Graad 2: er bestaan lichte gedragestoornissen, die aanwijsbaar zijn. Naast de reeds genoemde stoornissen bij graad 1 is er een lichte emotionele labiliteit, licht decorumverlies, persevereren en lichte stoornissen in de receptieve communicatie (begrip van verbaal en non-verbaal gedrag). De oriëntatie in plaats en persoon zijn ongestoord. Er bestaat een licht amnestisch syndroom en er zijn concentratiestoornissen. Voor patiënten uit deze categorie is een verzorgingshuis de aangewezen plaats.

Graad 3: er bestaan duidelijke gedragsstoornissen van dermate ernst, dat zelfstandig functioneren in de maatschappij onmogelijk is. Behalve de reeds bij graad 1 en 2 beschreven stoornissen is er ook een lichte desoriëntatie in plaats en zijn er lichte stoornissen in de "long-term memory". Tevens is de expressieve communicatie licht gestoord. De oriëntatie in persoon is intact en er bestaan geen apraxo-agnostische verschijnselen. Lichte A.D.L.-stoornis is mogelijk. Er is dus sprake van een mild amnestisch syndroom. In principe is plaatsing in een verzorgingshuis nog mogelijk, maar bij ernstigere geheugenstoornissen zal plaatsing op een begeleidingsafdeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk zijn.

Graad 4: er bestaan duidelijke gedragestoornissen in de zin van een volledig amnestisch syndroom met geheugen- en inprentingsstoornissen, waarbij het geheugen van lange termijn licht gestoord is. Er is een desoriëntatie in tijd. De oriëntatie in plaats en persoon is licht gestoord. Er kan persevereren en confabuleren en een lichte apraxie (A.D.L.-stoornissen) voorkomen. Er bestaat derhalve een licht dementieel syndroom, waardoor de communicatie met deze bejaarden verstoord raakt. Plaatsing op een begeleidingsafdeling van een psychogeriatrisch

verpleeghuis is aangewezen, indien het eigen milieu te weinig zorg kan bieden.

Graad 5: de gedragsstoornissen nemen toe doordat ook de oriëntatie in plaats gestoord is en er symptomen van apraxie en agnosie aanwezig zijn, die vrij ernstige A.D.L.-stoornissen tot gevolg hebben. De receptieve communicatie is gestoord. We zien een matig dementieel syndroom en plaatsing op een verzorgingsafdeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis is noodzakelijk.

Graad 6: toenemende gedragstoornissen door toename van het apraxo-afaso-agnostische symptomencomplex en een volledige desoriëntatie. Contact is slechts zeer vluchtig en kortstondig mogelijk als gevolg van communicatiestoornissen van expressieve en receptieve aard. Patiënten van deze categorie zijn ernstig verzorgingsbehoefstig en behoren in een psychogeriatrisch verpleeghuis te verblijven.

Graad 7: de gedragsstoornissen zijn toegenomen door een zeer ernstig apraxo-afaso-agnostische symptomencomplex. De communicatie is volledig gestoord. Hoewel ze nog ambulant kunnen zijn, behoren patiënten van deze categorie - geheel verpleegbehoefstig - in een psychogeriatrisch verpleeghuis te worden opgenomen.

Graad 8: de meest ernstige vorm van gedragsstoornissen. Met patiënten uit deze categorie is geen communicatie meer mogelijk. Mede door toenemende gegeneraliseerde spieratrofie zijn deze patiënten bedlegerig en dienen op verpleegafdelingen van psychogeriatrische verpleeghuizen te verblijven.

Helaas geven de termen begeleidingsbehoefstige, verzorgingsbehoefstige en verpleegbehoefstige psychogeriatrische patiënten (Luteyn e.a., 1972) vaak aanleiding tot misverstanden bij de indicatiestelling voor psychogeriatrische verpleeghuizen. De indicatiestelling is van oudsher gebaseerd op A.D.L.-stoornissen en daaruit voortvloeiende verpleegbehoefstigheid. Begeleidingsbehoefstige en verzorgingsbehoefstige als kenmerk van psychogeriatrische patiënten lijkt de afwezigheid van verpleegbehoefstigheid aan te duiden, doch in feite geven zij een indicatie over de aard van de verpleegbehoefte. Bij begeleidingsbehoefstige psychogeriatrische patiënten zullen verpleegkundige handelingen zich beperken tot aanwijzingen en

controle: begeleiding bij het nemen van initiatief tot de A.D.L.-functies en aanwijzingen plus controle van de juiste volgorde. Bij verzorgingsbehoeftige patiënten zijn begeleiding én aanwijzingen bij A.D.L.-functies noodzakelijk en moet soms hulp geboden worden.

De indeling na de observatieperiode naar gedragestoornissen in graden geeft ons een basis voor een indeling in drie patiëntengroepen:

GROEP I: Alle patiënten met een ongestoord gedrag (graad 0). Bij hen bestond na observatie géén dementieel syndroom meer.

GROEP II: Alle patiënten met duidelijke gedragsstoornissen van blijvende aard (graad 4 t/m 8), bij wie na observatie een irreversibel dementieel syndroom bleef bestaan. Bij hen allen luidde het plaatsingsadvies: psychogeriatrisch verpleeghuis.

GROEP III: Alle patiënten met lichte gedragsstoornissen en een min of meer ernstig amnestisch syndroom bij wie het niet mogelijk was over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom een uitspraak te doen. In deze groep kunnen we na de observatieperiode drie subgroepen onderscheiden:

Groep III-A: Overledenen: In deze groep nemen we al die patiënten op, die stierven voordat een objectieve uitspraak over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom mogelijk was.

Groep III-B: Twijfel. Hiertoe behoren alle patiënten met gedragstoornissen graad 1, 2 of 3 (licht tot matig amnestisch syndroom). Aan allen werd in principe het voordeel van de twijfel gegeven en een plaatsing buiten een psychogeriatrisch verpleeghuis nagestreefd. Na het eerste jaar van de vervolgperiode volgde op grond van praktische gegevens uit het vervolgonderzoek een definitieve indeling in GROEP A of GROEP B (zie beneden).

Groep III-C: Testweigering. Bij een aantal patiënten was een exacte bepaling van de graad van hun gedragstoornissen onmogelijk, omdat zij weigerden aan het psychologisch onderzoek deel te nemen. Ook aan hen werd, evenals aan de patiënten uit groep III-B het voordeel van de twijfel gegeven.

Ook deze patiënten werden na het eerste jaar van het vervolgonderzoek definitief ingedeeld in groep A of groep B.

Op identieke wijze ontstond na 1 jaar vervolgonderzoek een groepsindeling:

GROEP A: Reversibel dementieel syndroom. Alle patiënten, die ten onrechte voor plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis waren aangeboden, hetgeen na 1 jaar vervolgonderzoek werd bevestigd.

GROEP B: Irreversibel dementieel syndroom. Alle patiënten, die terecht waren aangeboden voor een plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Ook tijdens het vervolgonderzoek werd de juistheid van deze plaatsing bevestigd.

GROEP C: Overledenen. Alle patiënten, bij wie een objectieve uitspraak over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom ongelijk was.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van onze studie, zowel die van de klinische observatie als die van het vervolgonderzoek. Na de vermelding van enkele algemene gegevens volgt eerst een indeling in groepen, zoals beschreven in paragraaf 3.5, zowel na de observatieperiode als tijdens het vervolgonderzoek. De uit de observatieperiode voortgekomen plaatsingsadviezen worden besproken en de juistheid ervan wordt tijdens de vervolgperiode gecontroleerd. Vervolgens bespreken we de waarde van de B.O.P.-lijsten (Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten) tijdens de observatie en tijdens het vervolgonderzoek.

De door ons tijdens de observatieperiode gestelde diagnoses worden aan het einde van dit hoofdstuk besproken, omdat we dan de bij de 230 patiënten gestelde diagnoses kunnen relateren aan een conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom. Een bespreking van de diagnoses in relatie tot de groepsindeling na de observatieperiode én tot de groepsindeling tijdens de vervolgperiode leek ons niet relevant om twee redenen:

1. De beschrijving van diagnoses zou te onoverzichtelijk en te uitgebreid worden;
2. Aanvullende diagnoses tijdens de vervolgperiode bleken nooit aanleiding tot het wijzigen van de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom bij een van de 230 patiënten.

In dit hoofdstuk zullen we onze onderzoekerresultaten telkens vergelijken met de resultaten van de enige vier ons bekende Nederlandse studies uit de laatste tien jaren, waarmee onze studie vergelijkbaar is. Slechts in een onderzoek (Schouten, 1979) wordt een klinische observatie bij 143 psychogeriatrische patiënten (82 vrouwen en 61 mannen) in een psychogeriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis beschreven. De drie andere studies behandelen poliklinische screenings van psychogeriatrische patiënten, verricht in verpleeghuizen. Het zijn de studies van Meeën (1974) bij 130 bejaarden, van Fuldauer e.a. (1980) bij 474 bejaarden en van Van Wersch-van der Spek (1980) bij 144 bejaarden. In alle vier de

studies werden patiënten met dementiële syndromen onderzocht. Waar mogelijk en relevant zal ook een vergelijking met andere Nederlandse en met buitenlandse publicaties worden gemaakt.

We besluiten dit hoofdstuk met de beschrijving van de diagnoses, gesteld tijdens het vervolgonderzoek en met de bespreking van een aantal casus.

4.2 Resultaten van de klinische observatie en van het vervolgonderzoek

4.2.1 Algemene gegevens

Aan ons onderzoek namen in totaal 230 patiënten deel, 125 vrouwen (54,3%) en 105 mannen (45,7%). Deze geslachtsverhouding wijkt sterk af van de geslachtsverhoudingen in andere publicaties en van de geslachtsverhouding bij patiënten in de Nederlandse verpleeghuizen. Men treft daar meestal een verhouding aan van twee derde vrouwen en een derde mannen. De afwijkende verdeling in onze studie wordt veroorzaakt door de beddenverdeling op de observatie-afdeling: 8 bedden voor vrouwen en 8 bedden voor mannen.

Leeftijd

De leeftijd van de 230 patiënten was gemiddeld 78,1 jaar, de mediane leeftijd was 78,2 jaar. De jongste patiënt was 58 jaar, de oudste patiënt was 93 jaar. Deze leeftijdsverdeling werd reeds weergegeven in tabel 3.1 (hoofdstuk 3).

Verblijfplaats vóór de observatieperiode (tabel 4.1)

Vóór hun opname verbleven 24 patiënten in een algemeen ziekenhuis (10,4%), 10 vrouwen en 14 mannen. Zij verbleven er om diverse redenen op diverse specialistische afdelingen. Geen van hen was multidisciplinair onderzocht op de oorzaken van het dementiële syndroom, doch slechts behandeld voor een specialistische afwijking. Er kwamen 8 patiënten over naar het verpleeghuis vanuit een neurologische afdeling. Hun neurologische afwijkingen waren: C.V.A.:2, cerebrovasculaire insufficiëntie:2, arteriosclerosis cerebri:2, basilarisinsufficiëntie:1, verwardheidsperioden e.c.i.:1 en hypersomnolentiesyndroom:1 (Een patiënt had 2 neurologische afwijkingen). Van een orthopedische afdeling namen wij 7 patiënten over, waarvan

6 patiënten met een collumfractuur (3 conservatief en 3 operatief behandeld) en een patiënt met een schouderluxatie. Van een interne afdeling kwamen 5 patiënten naar onze observatieafdeling. De diagnose arteriosclerosis cerebri kwam bij 2 van hen voor, de diagnose dementia senilis bij een van hen. De 2 overige patiënten verbleven in een interne afdeling wegens een pancreatitis resp. wegens een exacerbatie van een astmatische bronchitis. Drie patiënten werden overgenomen vanuit een chirurgische afdeling, een na een bovenbeenamputatie, een na een liesbreukoperatie en een na een varicesoperatie. Tenslotte werden 2 patiënten overgenomen van een urologische afdeling, beiden met een verblijfcatheter wegens een prostaathypertrofie, waarbij van een prostatectomie was afgezien wegens de leeftijd. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis van deze 24 patiënten bedroeg 38 dagen, variërend van 2 weken tot 6 maanden. Aangezien de ziekenhuisperiode bij deze 24 patiënten in verhouding tot de duur van het bestaan van een dementieel syndroom relatief kort was, hebben we bij deze patiënten alleen de verblijfplaats vóór ziekenhuisopname vermeld in het overzicht van de verblijfplaats vóór observatie (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Verblijfplaats vóór opname

<u>Verblijfplaats</u>	<u>Aantal patiënten (%)</u>
Thuiswonend :	186 (80,9)
- alleenwonend: 57 (24,8)	
- inwonend : 129 (56,1)	
Verzorgingshuis :	36 (15,6)
Servicewoning :	2 (0,9)
Somatisch verpleeghuis :	4 (1,7)
Onbekend :	2 (0,9)
Totaal :	230 (100,0)

Het overgrote gedeelte, 186 van de 230 geobserveerde patiënten (80,9%) verbleef vóór de observatie nog thuis. Bijna een vierde

deel (57 patiënten; 24,8%) woonde alleen thuis zonder levenspartner en zonder inwonende kinderen en ruim de helft (129: 56,1%) woonde samen met een levenspartner of bij familieleden. Van deze 129 patiënten hadden 67 patiënten nog een levenspartner; de overigen woonden in bij andere familieleden.

Uit bejaardenoordelen kwamen 38 patiënten (16,5%), 36 uit een verzorgingshuis en 2 uit een servicewoning.

Vier patiënten (1,7%) werden aangeboden uit een (ander) somatisch verpleeghuis en tenslotte bleek van 2 patiënten de verblijfplaats vóór opname niet te achterhalen. Beide patiënten werden via een crisiscentrum van de G.G. & G.D. uit een der grote steden van Nederland aangeboden ter plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Deze cijfers komen ongeveer overeen met de cijfers uit het onderzoek van Schouten (1979), waar echter nog meer patiënten rechtstreeks van huis werden opgenomen (95,2% van de mannen en 94% van de vrouwen). Bij hem werden de patiënten echter in een ziekenhuis opgenomen.

Observatieduur

In principe was de observatie, zoals beschreven in paragraaf 3.2, zodanig georganiseerd, dat alle gegevens binnen 4 weken verzameld moesten zijn en dat dan een conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom en een plaatsingsadvies voor de 230 geobserveerde patiënten gegeven moesten kunnen worden.

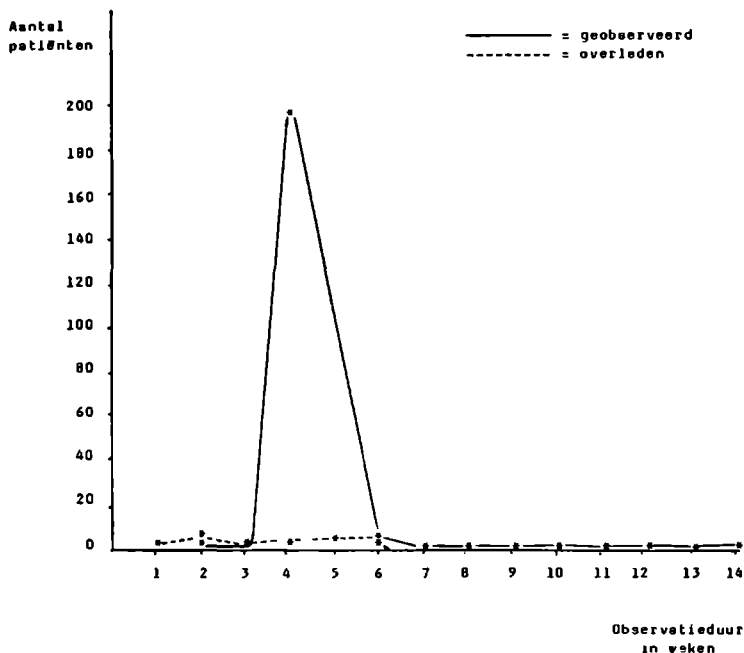
Bij 18 patiënten (7,8%) was echter een verlenging van de observatieperiode noodzakelijk. De reden hiervoor was steeds ingewikkelde medische problematiek. Het ging bij deze patiënten meestal om symptomatologie van toxisch-metabole aard, om cardiale problematiek, om neurologische afwijkingen (met name de ziekte van Parkinson en afasieën) of om verdenking op carcinomen. Bij 9 patiënten (3,9%) was voor een volledige observatie een ziekenhuisopname noodzakelijk. Zonder deze ziekenhuisopname zou het voor ons onmogelijk geweest zijn een conclusie ten aanzien van het al of niet bestaan van een dementieel syndroom aan de observatie te verbinden. Dit percentage is o.i. niet geheel te vergelijken met het percentage

van 4%, waarin Fuldaer e.a. (1980) tijdens poliklinische screenings bij 474 patiënten adviseerden tot een klinische observatie. Zij verstonden onder een klinische observatie een observatie, die moest geschieden "in een verpleeghuis of psychiatrisch ziekenhuis met adequate personele en instrumentele accommodatie of in een algemeen ziekenhuis, beschikkend over een specifieke psychogeriatrische afdeling". We vermoeden, dat hier een andere categorie patiënten wordt bedoeld als in onze studie. In onze studie geldt voor alle patiënten een klinische multidisciplinaire observatie. De 9 patiënten, die opgenomen moesten worden in een ziekenhuis, hadden allen specifieke specialistische hulp nodig. Ook bij het klinisch onderzoek van Schouten (1979) werd een nagenoeg gelijk percentage (3,5) van de 143 patiënten overgeplaatst naar andere afdelingen van het ziekenhuis als in onze studie. Deze groep patiënten is waarschijnlijk wel te vergelijken met de groep patiënten bij wie in onze studie medisch-specialistische ziekenhuisobservatie noodzakelijk was.

Grafiek 4.2 geeft een overzicht van de duur van de observatieperiode in weken bij de 230 patiënten.

Er overleden 15 patiënten (6,5%) binnen de eerste vier weken van opname, 7 andere patiënten (3,0%) overleden tijdens een noodzakelijke verlenging van de observatieperiode, zodat we in totaal bij 22 patiënten geen uitspraak konden doen over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom doordat zij overleden voordat wij voldoende objectieve gegevens konden verzamelen. Deze 22 patiënten brachten wij onder in groep III (zie paragraaf 4.2.2.1).

Bij twee patiënten was de observatie voltooid in minder dan 4 weken (resp. 2 en 3 weken) en bij 195 patiënten lukte het binnen 4 weken op grond van de observatiegegevens tot een conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van het dementiële syndroom te komen en een plaatsingsadvies uit te brengen. Bij 197 van de 230 patiënten (85,6%) bleek derhalve een observatieperiode van 4 weken voldoende.



Tenslotte gelukte het bij 11 patiënten (4,8%) tijdens een verlengde observatie een conclusie ten aanzien van het al of niet bestaan van een dementieel syndroom te trekken en een plaatsingsadvies te verstrekken.

Lengte van de vervolgperiode

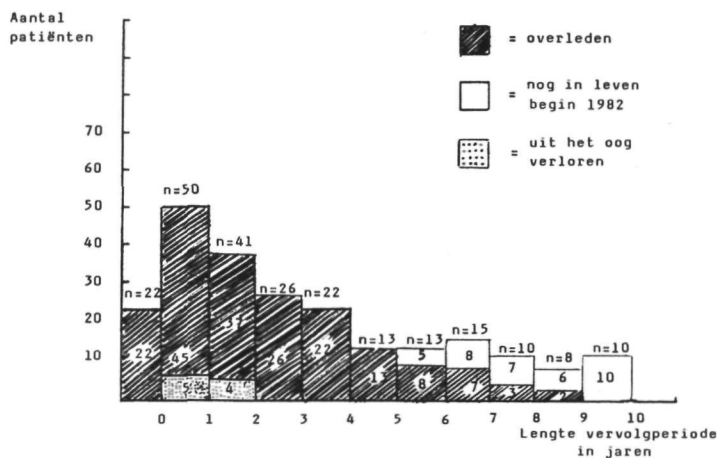
Van de 230 geobserveerde patiënten onttrok zich een patiënt aan het vervolgonderzoek, door na een familiebezoek door Europa te gaan zwerven, zoals hij vóór observatie ook gewoon was. Deze patiënt had na observatie geen dementieel syndroom (normaal gedrag). Bij 2 andere patiënten, beiden met een irreversibel dementieel syndroom, weigerde de familie haar medewerking aan ons vervolgonderzoek. Een van deze patiënten was na de observatie naar huis ontslagen, de ander was vanuit een psychogeriatrisch verpleeghuis op verzoek van de familie tijdens het eerste jaar na de observatieperiode alsnog naar huis ontslagen. Tenslotte was het bij 2 patiënten onmogelijk

een vervolgonderzoek te verrichten, omdat het psychogeriatrisch verpleeghuis, waarin zij waren opgenomen, weigerde aan het vervolgonderzoek mee te werken.

Op grond van de ons bekende, zij het beperkte, vervolggegevens besloten we bij deze 5 patiënten, bij wie vervolgonderzoek onmogelijk was, de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom ongewijzigd te laten.

Grafiek 4.3 geeft overzicht van de lengte van de vervolgperiode bij 230 patiënten in relatie tot de reden van het einde van het vervolgonderzoek: door overlijden, door weigering tot medewerking of door het afsluiten van ons onderzoek begin 1982. Bij 72 van de 230 patiënten (31,3%) was geen vervolgonderzoek mogelijk, bij 5 doordat zij weigerden mee te werken en bij 67 doordat zij overleden; en we konden 158 patiënten (68,7%) gedurende 1 jaar of meer vervolgen. De gemiddelde lengte van de vervolgperiode bedroeg 36,4 maanden met uitersten van 0 en van 120 maanden.

Grafiek 4.3 Lengte van de vervolgperiode bij 230 patiënten.



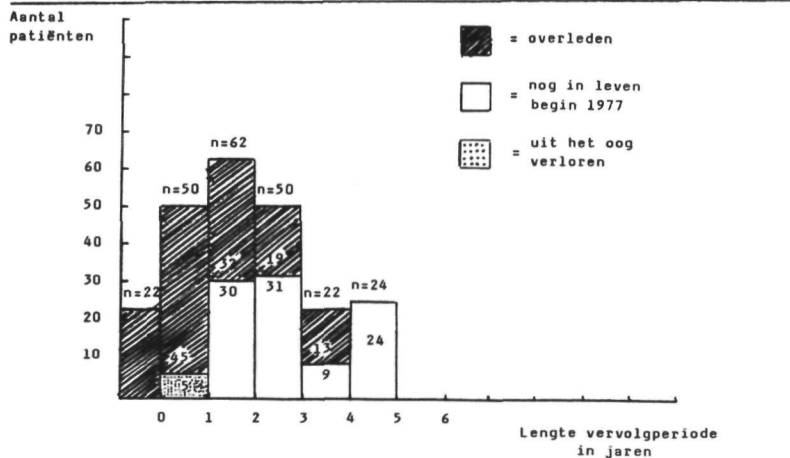
Bij de bespreking splitsen we het vervolgonderzoek in drie gedeelten:

1. Resultaten van het vervolgonderzoek na een vervolgperiode van 1 jaar;

2. Resultaten van het vervolgonderzoek tot begin 1977. Op dat moment hadden we alle patiënten, die op de observatie-afdeling werden opgenomen tussen eind 1971 en begin 1976, gedurende minimaal 1 jaar vervolgd. Inmiddels was gebleken, dat tijdens het eerste vervolgjaar vrij veel wijzigingen in de conclusies over de groepsindeling en over het plaatsingsadvies moesten worden aangebracht en dat zich tijdens het tweede en de volgende vervolgjaren nauwelijks meer veranderingen voordeden. Op grond daarvan besloten we af te zien van de tijdrovende controles, zoals beschreven in paragraaf 3.4.2, en begin 1982 nog eenmaal alle conclusies over groepsindeling en plaatsingsadviezen te evalueren.

De lengte van de vervolgperiode aan het begin van het jaar 1977 wordt weergegeven in grafiek 4.4. Deze bedroeg gemiddeld 18,1 maanden per patiënt met een spreiding van 0 tot 60 maanden; inmiddels waren 62 patiënten eenmaal, 50 patiënten tweemaal, 22 patiënten driemaal en 24 patiënten viermaal uitvoerig gecontroleerd. Bij de

Grafiek 4.4 Lengte van de vervolgperiode bij 230 patiënten aan het begin van 1977.



bespreking van het vervolgonderzoek tot begin 1977 beperken we ons tot de 96 patiënten, die we 2, 3 of 4 maal hadden gecontroleerd.

3. Resultaten van de evaluatie begin 1982 bij 94 patiënten, die begin 1977 nog in leven waren. Deze evaluatie geschiedde via een

schriftelijke en/of telefonische enquête, zoals beschreven in paragraaf 3.4.2.

De overige gegevens van algemene aard zullen we in paragraaf 4.4.2 bespreken, na de bespreking van de indeling in groepen en van de plaatsingsadviezen. Het leek ons, mede om dubbelures te voorkomen, n.l. beter deze gegevens te beschrijven in relatie tot de conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen.

4.2.2 Indeling in groepen

4.2.2.1 Groepsindeling na de observatie

Een indeling in groepen, zoals beschreven in paragraaf 3.5, werd na de observatieperiode mogelijk op grond van de mening van het gehele observerende team; hierbij waren de uitslagen van de psychologische testen zeer belangrijk. Deze testen werden afgenomen in de vierde week van de observatieperiode, omdat de patiënten dan waren aangepast aan de nieuwe omgeving en bekend waren met de psycholoog en met de psychologisch assistent. Het nadeel van een eventuele verandering van de psychische toestand van de patiënten door de opname zelf en door de resultaten van de behandeling van gevonden afwijkingen tijdens de eerste 3 weken woog o.i. niet op tegen bovengenoemde voordelen van het afnemen van de testen in de vierde week. Hierdoor beschikten we echter niet over objectieve uitgangswaarden van de psychische toestand van de patiënten bij opname. In de praktijk bleken vele patiënten te verbeteren onder invloed van de behandelingen tijdens de observatieperiode en door de opname zelf.

In paragraaf 1.2.6 en in paragraaf 3.4.1 beschreven we de belangrijke rol van de psycholoog bij de uitvoering van het observatieprogramma. Tijdens de eerste 5 maanden van ons onderzoek moesten we helaas de medewerking van een psycholoog in het observerende team ontberen, omdat we er niet in waren geslaagd de vacature hiervoor tijdig op te vullen. In deze 5 maanden namen we 56 patiënten op, die door het observerende team zonder psycholoog als volgt werden verdeeld:

- 11 patiënten zonder dementieel syndroom;
- 41 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom; dezen werden overgeplaatst naar psychogeriatrische verpleeghuizen;
- 4 patiënten waren overleden, voordat een conclusie mogelijk was.

In een later stadium heeft de psycholoog de mening van het team kunnen controleren. Van de 52 patiënten waren er inmiddels nog 2 overleden, beiden door het team zonder psycholoog ingedeeld bij de patiënten zonder dementieel syndroom. Eerlijkheidshalve hebben we deze 2 patiënten opgenomen in de groep patiënten, die overleden voor een conclusie mogelijk was (groep III-A).

Van de 9 overige patiënten, die volgens onze observatie geen dementieel syndroom hadden, bleken na psychologisch onderzoek:

- bij 6 patiënten geheel normale testuitslagen te bestaan: gedragsstoornissen graad 0;
- bij een patiënt lichte desoriëntatie in tijd en concentratiestoornissen te bestaan: gedragsstoornissen graad 1;
- bij 2 patiënten een irreversibel dementieel syndroom te bestaan, resp. met gedragsstoornissen graad 4 en 5; bij beide patiënten bleek een goede façade te bestaan.

Bij de 41 patiënten, die volgens onze observatie een irreversibel dementieel syndroom hadden, werd dit in alle gevallen bevestigd. Bij 37 van deze 41 patiënten werden geen uitvoerige psychologische testen afgenomen, omdat de observatiegegevens, de B.O.P.-scores en de ervaringen in het psychogeriatrische verpleeghuis zulk een voor de patiënten belastend onderzoek overbodig maakten. Bij de 4 andere patiënten, die volgens onze observatie een irreversibel dementieel syndroom hadden met relatief lage B.O.P.-scores, bevestigden de resultaten van psychologische testen onze conclusies.

De conclusies zonder psycholoog en de conclusies na controle door de psycholoog worden weergegeven in tabel 4.5.

Uit dit onderdeel van ons onderzoek kan de o.i. niet onbelangrijke conclusie worden getrokken, dat een observatie zonder klinisch psycholoog in ten naaste bij 6% van de gevallen tot een onjuiste constatering leidt en wel in die zin, dat men de constatering over de reversibiliteit van het dementiële syndroom als te optimistisch kan kenschetsen.

Tabel 4.5 Conclusies over het al dan niet bestaan van een dementieel syndroom bij 56 patiënten door het team zonder psycholoog en door het team met psycholoog.

Conclusies zonder psycholoog	Conclusies met psycholoog				
	Geen dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Over- leden	Twijfel	Totaal
Geen dementieel syndroom	6	2	2	1	11
Irreversibel dementieel syndroom	-	41	-	-	41
Overleden	-	-	4	-	4
Totaal	6	43	6	1	56

Tenslotte zij nog opgemerkt, dat, zoals uit tabel 4.5 blijkt, in de eerste 5 maanden van ons onderzoek aanzienlijk meer patiënten een irreversibel syndroom bleken te hebben, dan in ons totale onderzoek: resp. 43 van de 56 patiënten (76,8%) en 136 van de 230 patiënten (59,1%). We vermoeden, dat dit veroorzaakt werd door de aanloopperiode, waarbij zeer veel patiënten geobserveerd werden, die aangeboden waren aan een juist in gebruik genomen psychogeriatrisch verpleeghuis: 28 patiënten, die allen reeds lang op de wachtlijst voor opname stonden en bij wie de dementeringsverschijnselen bij allen reeds langer dan 2 1/2 jaar bestonden. Bij alle 28 patiënten bestond een irreversibel dementieel syndroom en zij werden op grond daarvan opgenomen in groep II. In paragraaf 4.2.5 komen wij op dit gegeven nog terug.

In de volgende beschrijving van de indeling in groepen is het totale bestand van 230 patiënten betrokken.

Na de observatieperiode deelden we alle 230 patiënten in in drie groepen, afhankelijk van hun graad van gedragsstoornissen, zoals besproken in paragraaf 3.5 (zie tabel 4.6).

Tabel 4.6 Overzicht van de groepsindeling van 230 patiënten na de observatieperiode.

	Vrouwen (%)	Mannen (%)	Totaal (%)
GROEP I: (ongestoord gedrag)	16 (12,8)	20 (19,1)	36 (15,6)
GROEP II: (irreversibele de- mentieel syndroom)	70 (56,0)	50 (47,6)	120 (52,2)
GROEP III-A: (overleden)	8 (6,4)	14 (13,3)	22 (9,6)
GROEP III-B: (twijfel)	22 (17,6)	19 (18,1)	41 (17,8)
GROEP III-C: (testweigerig)	9 (7,2)	2 (1,9)	11 (4,8)
Totaal	125 (100,0)	105 (100,0)	230 (100,0)

GROEP I (ongestoord gedrag)

Bij 36 patiënten (15,6%) was er na de observatieperiode geen sprake (meer) van een dementieel syndroom. Zij waren derhalve ten onrechte aangeboden aan een psychogeriatrisch verpleeghuis. Uiteraard werd geen van hen naar een psychogeriatrisch verpleeghuis overgeplaatst. De bij deze 36 patiënten uitgebrachte plaatsingsadviezen worden besproken in paragraaf 4.2.3.1.

GROEP II (irreversibel dementieel syndroom).

Bij 120 patiënten (52,2%) was na de observatieperiode door het observerende team een irreversibel dementieel syndroom vastgesteld. Bij 37 van hen kwamen we tot deze conclusie ondanks een duidelijke verbetering van het gedrag tijdens de observatieperiode. Overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis werd bij 119 van hen geadviseerd. Een patiënt kon door een gedragsverbetering, ondanks haar irreversibel dementieel syndroom, naar huis worden ontslagen.

GROEP III (twijfel)

Bij 74 van de 230 patiënten (32,2%) konden we na de observatieperiode nog geen definitieve uitspraak doen over het al of niet

bestaan van een dementieel syndroom:

- Bij 22 patiënten (9,6%) werd dit veroorzaakt door hun overlijden tijdens de observatieperiode. Van allen waren onvoldoende gegevens verzameld om tot een objectieve uitspraak te geraken (GROEP III-A).
- Bij 41 patiënten (17,8%) waren de observatieresultaten twijfelachtig: bij 16 patiënten bestonden gedragestoornissen graad 1, bij 9 patiënten graad 2 en bij 11 patiënten graad 3. Bij deze 36 patiënten kwam het klinische beeld niet overeen met dat van een dementieel syndroom. Vijf andere patiënten met een hogere graad van gedragestoornissen (bij 2 patiënten graad 4, bij een patiënt graad 6 en bij 2 patiënten graad 8) werden toch in groep III opgenomen, omdat bij het observerende team de indruk bestond, dat de gedragsverbetering, die zij tijdens de observatieperiode toonden, zich verder zou voortzetten. Bij alle 5 deze patiënten bestonden ernstige somatische afwijkingen (casus 1 t/m 5, paragraaf 4.6).

Van deze 41 patiënten (GROEP III-B) werden er 5 op grond van de aard van hun gedragestoornissen toch overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis. Bij 2 van hen, een met gedragestoornissen graad 1 en een met gedragestoornissen graad 2, geschiedde deze overplaatsing op grond van een zo ernstige stoornis van de short-time memory, dat er zelfverwaarlozing en gevaar voor de omgeving in het geding was. Bij de 3 andere patiënten, allen met gedragestoornissen graad 3 (amnestisch syndroom) waren paranoia en wegliepneiging door desoriëntatie in plaats dermate groot, dat overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis o.i. niet te vermijden was.

- Tenslotte bleek het bij 11 van de 230 patiënten (4,8%) (GROEP III-C) onmogelijk te zijn een psychologisch onderzoek te verrichten. Bij een patiënt werd deze onmogelijkheid veroorzaakt door een ernstige psychose en was opname in een psychiatrisch instituut noodzakelijk. Bij de overige 10 patiënten was psychologisch onderzoek onmogelijk door het weigeren van medewerking aan de testen en/of om medische redenen (ernstige ziekte), waardoor een exacte bepaling van de graad van gedragstoornissen na de observatieperiode onmogelijk was. Van deze laatste 10 patiënten

werden er 4 op basis van ernstige gedragsstoornissen overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis. De overige 6 patiënten werden naar elders (zie paragraaf 4.2.3.1) overgeplaatst.

In de tabellen hebben we de bovenbesproken 11 patiënten uit groep III-C ondergebracht in de kolom "onbekende graad van gedragsstoornissen".

Concluderend kunnen we dus zeggen, dat van de 74 patiënten van groep III er 22 overleden voor het einde van de observatieperiode. Van de overige 52 patiënten kregen 42 patiënten bij het plaatsingsadvies de "benefit of the doubt", een patiënt werd in een psychiatisch instituut opgenomen en 9 patiënten moesten wegens de aard van hun gedragsstoornissen toch worden opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

We besloten bij de 52 patiënten uit groep III-B (twijfel) en uit groep III-C (testweigering) pas na 1 jaar vervolgonderzoek een uitspraak te doen over het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom.

Vergelijking van onze gegevens inzake deze groepsindeling met gegevens uit de reeds vermelde vier Nederlandse publicaties is onmogelijk, omdat in deze publicaties geen vergelijkbare groepen, met name geen groep III, voorkomen. De vergelijking van onze gegevens met de gegevens uit deze vier publicaties ten aanzien van het al of niet bestaan van een dementieel syndroom zal geschieden bij het bespreken van de plaatsingsadviezen (paragraaf 4.2.3.1).

Tabel 4.7 geeft een overzicht van de graden van gedragsstoornissen bij de 230 geobserveerde patiënten, gerelateerd aan de bovenbeschreven groepsindeling. De indeling in graden van gedragsstoornissen was als volgt:

- uiteraard toonden alle 36 patiënten (15,7%) uit groep I een ongestoord gedrag en een voor hun leeftijd normale score bij de psychologische testen:
- gedragsstoornissen graad 1 stelden we tijdens de observatie vast bij 17 patiënten (7,4%). Van hen werden 16 patiënten ondergebracht in groep III-B en een patiënt overleed ten gevolge van ernstige somatische afwijkingen vóórdat een uitspraak mogelijk was over het al

Tabel 4.7 Graad van gedragsstoornissen in relatie tot de groepsindeling na observatie bij 230 patiënten.

Graad van gedragsstoornissen:	GROEPEN (%):					Totaal
	Ongestoord gedrag GROEP I	Irreversibel dementieel syndroom GROEP II	Overleden GROEP III-A	Twijfel GROEP III-B	Testweigering GROEP III-C	
ongestoord	36(100,0)	-	-	-	-	36(15,7)
1	-	-	1(4,5)	16(39,0)	-	17(7,4)
2	-	-	1(4,5)	9(21,9)	-	10(4,3)
3	-	-	4(18,2)	11(26,8)	-	15(6,5)
4	-	11(9,2)	-	2(4,9)	-	13(5,7)
5	-	18(15,0)	-	-	-	18(7,8)
6	-	31(25,8)	2(9,1)	1(2,5)	-	34(14,8)
7	-	14(11,7)	3(13,7)	-	-	17(7,4)
8	-	9(7,5)	1(4,5)	2(4,9)	-	12(5,2)
onbekend	-	37(30,8)	10(45,5)	-	11(100,0)	58(25,2)
Totaal	36(100,0) (15,6)	120(100,0) (52,2)	22(100,0) (9,6)	41(100,0) (17,8)	11(100,0) (4,8)	230(100,0) (100,0)

of niet bestaan van een dementieel syndroom.

- gedragsstoornissen graad 2 werden gescoord door 10 patiënten (4,3%). Een van hen overleed tijdens de observatieperiode (groep III-A) en de 9 andere patiënten werden ingedeeld in groep III-B.
- bij 15 patiënten (6,5%) werden gedragsstoornissen graad 3 vastgesteld. Vier van hen overleden tijdens de observatieperiode (groep III-A) en de 11 overige patiënten werden ingedeeld in groep III-B.
- bij 131 patiënten (57,0%) bestonden gedragsstoornissen graad 4, 5, 6, 7 of 8. Bij 120 van hen was naar de mening van het observerende team het dementieel syndroom irreversibel, waardoor plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk was. Bij 5 andere patiënten was er twijfel over de uitslag wegens ernstige somatische afwijkingen (groep III-B) en de overige 6 patiënten overleden tijdens de observatieperiode (groep III-A). Bij 37 van deze 131 patiënten was geen exacte graad van gedragsstoornissen bepaald. Bij hen was tot psychogeriatrische verpleeghuisopname besloten zonder inbreng van een psycholoog in het observerende team. Op grond van andere observatiegegevens (B.O.P.-lijst, A.D.L., gedrag op de afdeling) mocht bij hen allen worden besloten tot gedragsstoornissen graad 4 of hoger.
- bij 21 andere patiënten (9,1%) was geen exacte graad van gedragsstoornissen bepaald; bij 10 van hen, omdat zij vroeg in de observatieperiode overleden (groep III-A) en bij 11 patiënten, omdat bij hen geen psychologische testen mogelijk waren door weigering van medewerking en/of om medische redenen (groep III-C).

4.2.2.2 Groepsindeling na 1 jaar vervolgonderzoek

Voor de bespreking van de veranderingen in de groepsindeling na 1 jaar vervolgonderzoek is de groepsindeling na de observatie het uitgangspunt. Patiënten met lichte gedragsstoornissen en/of twijfels bij de observatie (groep III-B en III-C) worden afhankelijk van hun aanpassing aan de omgeving in het eerste vervolgjaar definitief ingedeeld in groep A (geen dementieel syndroom) of groep B (irreversibel dementieel syndroom) (zie paragraaf 3.5).

GROEP I (tabel 4.8)

Van de oorspronkelijke 36 patiënten met een ongestoord gedrag

overleden 9 patiënten (25,0%) tijdens het eerste vervolgjaar, voordat herhaling van psychologisch onderzoek mogelijk was en een patiënt verdween met de noorderzon (zie paragraaf 4.2.1). Op grond van andere gegevens uit het vervolgonderzoek, m.n. uit B.O.P.-lijsten en gesprekken met familieleden en/of verzorgers, bleek bij alle 10 patiënten tot het einde een ongestoord gedrag aanwezig te zijn. Zij werden na 1 jaar allen ingedeeld in groep A.

Tabel 4.8 De resultaten van het vervolgonderzoek na 1 jaar ten aanzien van het gedrag bij 26 patiënten met een ongestoord gedrag na de observatie (GROEP I).

	Aantal patiënten (%)
Ungestoord gedrag	19 (73,1%)
Gedragsstoornissen graad 1	4 (15,4%)
Gedragsstoornissen graad 2	2 (7,7%)
Gedragsstoornissen graad 3	1 (3,8%)
Totaal	26 (100,0%)

Bij de andere 26 patiënten (72,2%) met een ongestoord gedrag na de observatie legden we bij de controle na 1 jaar de volgende conclusies vast:

- bij 19 patiënten (52,8% van de patiënten uit groep I) bleek na een jaar nog steeds een voor de leeftijd normale score op de psychologische testen. Ook op grond van andere gegevens uit het vervolgonderzoek concludeerden we tot een indeling in groep A, en wel vanwege het ongestoorde gedrag en het ontbreken van een dementieel syndroom.
- 7 patiënten (19,4%) toonden een lichte achteruitgang: bij 4 patiënten waren gedragsstoornissen graad 1 ontstaan, bij 2 patiënten graad 2 en bij een patiënt graad 3. Bij géén van hen bestonden er stoornissen in de communicatie.

Volgens de overige gegevens uit het vervolgonderzoek hadden 5 van deze 7 patiënten zich goed aangepast aan hun omgeving. De 2 andere patiënten waren in een servicewoning achteruitgegaan

van gedragsstoornissen graad 0 naar graad 2 resp. 3 en moesten worden overgeplaatst naar een verzorgingshuis, waar het gedrag in de volgende maanden snel normaal werd. De lotgevallen van deze 7 patiënten worden beschreven in casus 7 t/m 13, paragraaf 4.6.

Na 1 jaar vervolgonderzoek besloten we op grond van alle beschikbare gegevens bij alle 36 patiënten de conclusie reversibel syndroom te handhaven en hen in te delen in groep A (geen dementieel syndroom).

GROEP II (tabel 4.9)

Van de 120 patiënten uit groep II na de observatie (irreversibel dementieel syndroom) onttrokken zich, zoals reeds beschreven in paragraaf 4.2.1, 4 patiënten (3,3%) aan het vervolgonderzoek. Op grond van de beperkt beschikbare gegevens deelden we hen na 1 jaar in in groep B.

Tabel 4.9 De resultaten van het vervolgonderzoek na 1 jaar ten aanzien van de gedragsstoornissen bij 87 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom na de observatie (Groep II).

	Aantal patiënten (%)
Verbeterd gedrag	2 (2,3)
Gelijkgebleven gedrag	51 (58,6)
Toegenomen gedragsstoornissen	34 (39,1)
Totaal	87 (100,0)

Van de 116 overige patiënten waren de conclusies na 1 jaar vervolgonderzoek ten aanzien van hun gedragsstoornissen:

- een patiënte toonde na 1 jaar een duidelijke verbetering (casus 6, paragraaf 4.6), van gedragsstoornissen graad 6 naar graad 2. Op grond van deze verbetering werd zij opnieuw psychologisch getest, waarbij eveneens vooruitgang werd aangetoond: er bestonden nog sterke inprentingsstoornissen en concentratiestoornissen en decorumverlies. We besloten op grond hiervan patiënte toch in te delen in groep B.

- een andere patiënt toonde een lichte verbetering van zijn totale functioneren. Op grond van de gegevens uit het vervolgonderzoek (inclusief B.O.P.-lijsten en psychologische testen) verbeterde zijn graad van gedragsstoornissen van 6 naar 4 (casus 14, paragraaf 4.6).
- bij 51 patiënten (42,5%) waren tijdens het eerste jaar na observatie de gedragsstoornissen gelijk gebleven. Met name de B.O.P.-lijsten toonden nagenoeg gelijke uitslagen.
- bij 34 patiënten (28,4%) bleken de gedragsstoornissen met een of meer graden toegenomen te zijn.
- bij 29 patiënten (24,2%) was een vervolgonderzoek na 1 jaar onmogelijk door hun overlijden. Zij hadden tot aan hun dood allen een geleidelijke achteruitgang getoond.

Bij alle 120 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom na de observatie handhaafden we deze conclusie ook na 1 jaar vervolgonderzoek en we deelden hen in in groep B.

GROEP III-A

Bij deze groep van 22 patiënten, die overleden tijdens de observatieperiode, was uiteraard geen vervolgonderzoek mogelijk. Zij werden allen definitief ingedeeld in groep C.

GROEP III-B

Deze groep bestond uit 41 patiënten, die na observatie lichte gedragsstoornissen hadden: de graden 1, 2 en 3. Zeven patiënten overleden binnen 1 jaar na de observatie. De veranderingen in het gedrag bij de 34 andere patiënten, zoals weergegeven in tabel 4.10, waren tijdens het eerste jaar van het vervolgonderzoek de volgende:

- bij 6 patiënten (14,7%) waren de resultaten van de psychologische testen na 1 jaar normaal, terwijl ook de overige vervolggegevens wezen in de richting van het ontbreken van een dementieel syndroom. De oorspronkelijke graad van gedragsstoornissen was bij 4 van deze 6 patiënten graad 1, bij een patiënt graad 2 en bij een patiënt (casus 5, paragraaf 4.6) zelfs graad 4. Uiteraard worden deze 6 patiënten ingedeeld in groep A.
- bij eveneens 6 patiënten (14,7%) bestond na 1 jaar gedragsstoornissen graad 1. Bij 4 van hen was deze score gelijk aan de

Tabel 4.10 De resultaten van het vervolgonderzoek na een jaar ten aanzien van de gedragsstoornissen en de groepsindeling bij 34 patiënten uit de groep III-B (twijfel) na de observatie.

	Groepsindeling 'na 1 jaar:		Totaal
	Geen dementieel syndroom (groep A)	Irreversibel dementieel syndroom (groep B)	
Normalisatie van het gedrag	6 (17,6%)	-	6 (17,6%)
Gedragverbetering	4 (11,8%)	-	4 (11,8%)
Status quo ante	7 (20,6%)	5 (14,7%)	12 (35,3%)
Lichte toename gedragsstoornissen	8 (23,5%)	-	8 (23,5%)
Ernstige toename gedragsstoornissen	-	4 (11,8%)	4 (11,8%)
Totaal	25 (73,5%)	9 (26,5%)	34 (100,0%)

oorspronkelijke score van gedragsstoornissen. Bij 2 andere patiënten was tijdens het eerste vervolgjaar een sterke verbetering opgetreden: bij een patiënt een verbetering uitgaande van graad 4 en bij de tweede patiënt een verbetering uitgaande van graad 8 (zie casus 2 en 3, paragraaf 4.6). Van deze patiënten met gedragsstoornissen graad 1 deelden we na een jaar vervolgonderzoek 5 patiënten in in groep A op grond van alle gegevens uit het vervolgonderzoek. De ene patiënt, die na observatie met gedragsstoornissen graad 1 toch was opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis, verbleef daar na één jaar nog steeds; volgens alle geïnterviewden terecht, hoewel zij nog steeds slechts gedragsstoornissen graad 1 toonde (groep B).

- bij 5 patiënten (12,2%) bestonden na 1 jaar gedragsstoornissen graad 2. Bij 2 van hen was dat dezelfde score als na de observatieperiode. Een van deze 2 patiënten verbleef in een psychogeriatrisch verpleeghuis en zijn gedragsstoornissen waren onveranderd gebleven; de andere patiënt had zich goed aangepast aan zijn omgeving (verzorgingshuis) en geen tekenen van een dementieel syndroom laten zien. De eerste patiënt werd na 1 jaar ingedeeld in

- groep B (irreversibel dementieel syndroom), de tweede patiënt in groep A (geen dementieel syndroom). Bij 2 andere patiënten was na 1 jaar een lichte achteruitgang van het gedrag aanwijsbaar en wel van gedragsstoornissen graad 1 naar graad 2. Toch toonden zij gedurende het eerste jaar in het verzorgingshuis een goede aanpassing aan hun omgeving. Bij beiden werd op grond van het vervolgonderzoek besloten tot afwezigheid van een dementieel syndroom en tot indeling in groep A. De laatste van de 5 patiënten met gedragsstoornissen graad 2 na 1 jaar uit de oorspronkelijke III-B-groep (twijfel) had na observatie gedragsstoornissen graad 8 getoond. Hij ging naar verwachting vooruit door een opzienbarende verbetering van het Parkinsonsyndroom door DOPA-preparaten. Ook deze patiënt werd in groep A opgenomen, daar tekenen van een dementieel syndroom ontbraken (casus 1, paragraaf 4.6).
- bij 13 patiënten (21,7%) bestonden na 1 jaar gedragsstoornissen graad 3. Bij 3 van hen was bij diezelfde graad van gedragsstoornissen na de observatieperiode een opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis geadviseerd en gerealiseerd, alwaar zij na 1 jaar nog steeds graad 3 vertoonden. Bij 3 andere patiënten waren de gedragsstoornissen eveneens ongewijzigd gebleven tijdens het eerste vervolgjaar; op grond van de overige gegevens uit het vervolgonderzoek, die op het ontbreken van een dementieel syndroom wezen, werden zij ingedeeld in groep A. Bij 6 van de 13 patiënten met na het eerste vervolgjaar gedragsstoornissen graad 3 was er enige achteruitgang: bij 2 van hen van gedragsstoornissen graad 1 naar graad 3 en bij 4 van hen van graad 2 naar graad 3. Toch werd op basis van de overige gegevens besloten hen allen in te delen in groep A, vooral omdat zij zich goed hadden weten aan te passen in hun nieuwe omgeving. Zij verbleven allen in een somatisch verpleeghuis. Een laatste patiënt (casus 4, paragraaf 4.6), met gedragsstoornissen graad 3 bij het vervolgonderzoek na 1 jaar, had in het somatisch verpleeghuis een, overigens verwachte, aanzienlijke verbetering laten zien (vanaf graad 6 na de observatieperiode). Ook deze patiënt werd ingedeeld bij de patiënten zonder een dementieel syndroom (groep A).
 - na 1 jaar bestond er bij 4 patiënten (9,8%) een ernstige

gedragsverslechtering: bij 2 gedragsstoornissen graad 4 (ná observatie resp. graad 2 en 3) en bij 2 graad 5 (na observatie beide graad 3). Drie van hen moesten reeds tijdens en de vierde kort na het eerste vervolgjaar worden overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis wegens hun gedragsstoornissen en hun (na 1 jaar zeker) irreversibel dementieel syndroom: indeling in groep B.

- er overleden tussentijdse 7 patiënten (17,1%) vóór het einde van het eerste jaar na de observatieperiode. Bij geen van hen was een tweede psychologisch onderzoek mogelijk geweest. De graad van gedragsstoornissen na observatie was bij 6 patiënten graad 1 en bij een patiënt graad 2. De overige gegevens uit het vervolgonderzoek, met name de hetero-anamneses en de B.O.P.-lijsten wezen bij alle 7 in de richting van het ontbreken van dementieel gedrag: groep A. Overigens is dit percentage overledenen binnen een jaar duidelijk lager dan het percentage overledenen uit de oorspronkelijke groepen I en II (17,1% tegenover 27,8% resp. 23,3%).

Samenvattend bleken, zoals ook te zien is in tabel 4.10, bij 34 patiënten uit de groep patiënten met twijfelachtige observatieresultaten:

- 6 patiënten verbeterd tot ongestoord gedrag (17,6%);
- 4 patiënten verbetering van gedrag (11,8%);
- 12 patiënten een gelijk blijven van het gedrag (35,3%), van wie 7 patiënten zonder en 5 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom;
- 12 patiënten een toename van de gedragsstoornissen (35,3%), van wie 8 een lichte verslechtering zonder dementieel syndroom en 4 een ernstiger toename van de gedragsstoornissen bij een irreversibel dementieel syndroom.

In totaal was er dus bij slechts 9 patiënten (21,9%) uit de groep patiënten met twijfelachtige observatieresultaten (groep III-B n=41) een irreversibel dementieel syndroom aanwezig, bij 5 van hen was dit reeds vastgesteld na de observatie ondanks hun lichte graad van gedragsstoornissen, bij de 4 andere patiënten werd dit in het eerste vervolgjaar bevestigd doordat zij zich niet konden handhaven in het milieu van plaatsing.

GROEP III-C

Deze groep bestond na de observatie uit 11 patiënten, bij wie om medische redenen psychologisch testen onmogelijk was en/of door wie testen geweigerd werd (zie tabel 4.11).

Tabel 4.11 De resultaten van het vervolgonderzoek na een jaar ten aanzien van de gedragsstoornissen en de groepsindeling bij 11 patiënten uit de groep III-C (testweigering) na de observatie.

	Indeling na 1 jaar:		
	Geen dementieel syndroom (groep A)	Irreversibel dementieel syndroom (groep B)	Totaal
Normalisatie van het gedrag	3 (27,3)	-	3 (27,3)
Irreversibele gedragsstoornis	-	7 (63,6)	7 (63,6)
Totaal	3 (27,3)	7 (63,6)	10 (90,9)

N.B.: Bij een patiënt was na 1 jaar nog geen uitspraak mogelijk over de reversibiliteit van het dementieel syndroom.

- Geen van hen overleed tijdens het eerste vervolgjaar.
- Bij 3 patiënten waren de, na 1 jaar wel mogelijke, psychologische testen normaal. Dit en hun totale functioneren tijdens het eerste vervolgjaar was voor ons aanleiding hen in te delen in groep A.
- Bij een patiënt was psychologisch onderzoek nog steeds onmogelijk en door zijn ernstige psychose hebben we geen uitspraak kunnen doen over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom. We hebben hem ingedeeld in groep C (twijfel).
- Bij de overige 7 patiënten uit groep III-C (63,6%) werd op basis van de gegevens uit het vervolgonderzoek besloten tot het bestaan van een irreversibel dementieel syndroom (groep B). Bij 4 van deze 7 patiënten was reeds na de observatieperiode besloten tot plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis; de andere 3 patiënten, die in een somatisch verpleeghuis verbleven, werden tijdens het eerste vervolgjaar overgeplaatst naar een psychogeriatrisch

verpleeghuis, omdat zij zich niet konden aanpassen aan de omgeving, mede door de aard van hun gedragestoornissen, hoewel er bij 2 van hen slechts sprake was van een lichte graad (graad 1 resp. graad 3).

Samenvattend blijkt uit het vervolgonderzoek na een jaar ten aanzien van de groepsindeling, dat bij 158 van de 230 patiënten (68,7%) vervolgonderzoek mogelijk was, dat 5 patiënten (2,2%) zich aan het vervolgonderzoek onttrokken en dat 67 patiënten (29,1%) overleden tijdens de observatieperiode of tijdens het eerste jaar daarna.

Van de 72 patiënten, bij wie geen vervolgonderzoek na 1 jaar mogelijk was, is de definitieve groepsindeling als volgt: groep A 17, groep B 33 en groep C 22 patiënten. De verhouding tussen groep A en groep B ligt hier op 1 : 2.

Van de 158 patiënten, die gedurende minimaal een jaar gevolgd konden worden, is de groepsindeling na 1 jaar: groep A 54, groep B 103 en groep C een patiënt. Ook hier is de verhouding tussen groep A en groep B nagenoeg als 1 : 2. (zie tabel 4.12 voor een vergelijking tussen groep A en B).

Tabel 4.12 Conclusie ten aanzien van de reversibiliteit van het dementiële syndroom bij 207 patiënten na 1 jaar vervolgonderzoek.

	Géén vervolg	Minimaal 1 jaar vervolg	Totaal
Géén dementieel syndroom (groep A):	17 (34,0)	54 (34,4)	71 (34,3)
Irreversibel dementieel syndroom (groep B):	33 (66,0)	103 (65,5)	136 (65,7)
Totaal	50(100,0)	157(100,0)	207(100,0)

Tabel 4.13 geeft een overzicht van de groepsindeling na 1 jaar in vergelijking met de groepsindeling na de observatieperiode.

Tabel 4.13 Groepeerdeling na 1 jaar vervolgonderzoek van 158 patiënten vergeleken met hun groepeerdeling na de observatieperiode.

Indeling na 1 jaar	Groep A (ongestoord)	Groep B (irreversibel dementieel syndroom)	Groep C (twijfel)	Totaal
Indeling na observatie: Groep I: ongestoord gedrag	26 (100,0%)	-	-	26 (100,0%)
Groep II: irreversibel dementieel syndroom	-	87 (100,0%)	-	87 (100,0%)
Groep III-B: twijfel	25 (73,5%)	9 (26,5%)	-	34 (100,0%)
Groep III-C: testweigerling	3 (27,3%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	11 (100,0%)
Totaal	54 (34,2%)	103 (65,2%)	1 (0,6%)	158 (100,0%)

Na een jaar vervolgonderzoek menen wij derhalve aangetoond te hebben, dat eenderde van de 230 patiënten een reversibel dementieel syndroom bleek te hebben en derhalve ten onrechte was aangeboden voor een opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Verder bleek uit het vervolgonderzoek het aantal veranderingen in graad van gedragsstoornissen vrij groot te zijn. Van de 26 patiënten uit de oorspronkelijke groep I gingen 7 patiënten achteruit (26,9%), hoewel bij geen der patiënten een dementieel syndroom bleek te bestaan, en bleven 19 patiënten (73,1%) een gelijk ongestoord gedrag vertonen.

In groep II van na de observatie verslechterde het gedrag bij 34 van de 87 patiënten (39,1%), verbeterde het gedrag bij 2 patiënten (2,3%) en bleef de gedragsstoornis gelijk bij 51 patiënten (58,6%).

De meeste veranderingen in graad van gedragsstoornissen traden, zoals te verwachten was, op bij de patiënten uit de oorspronkelijke groepen III-B en III-C. In deze groepen bevonden zich immers de patiënten met twijfelachtige uitslagen van de psychologische testen en de patiënten, bij wie testen tijdens de observatieperiode onmogelijk was.

In tabel 4.14 worden tenslotte de veranderingen in graden van

gedragsstoornissen weergegeven bij 158 patiënten na een vervolgperiode van 1 jaar. Graad 0 = ongestoord gedrag. Graad 1 t/m 3 zijn lichte gedragsstoornissen, doch geen dementieel syndroom. Graad 4 t/m 8 zijn alle gedragsstoornissen op basis van een dementieel syndroom (zie paragraaf 3.5).

Tabel 4.14 Verandering in graad van gedragsstoornissen bij 158 patiënten tijdens het eerste jaar na de observatie

Graden van gedragsstoornissen na 1 jaar:												Totaal
Graden van gedragsstoornissen na observatie		0	1	2	3	4	5	6	7	8	onbekend (meer > 4)	
		0	19	4	2	1	-	-	-	-	-	26
		1	4	4	2	2	-	-	-	-	-	12
		2	1	-	2	4	1	-	-	-	-	8
		3	-	-	-	6	1	2	-	-	-	9
		4	1	1	-	-	3	1	3	1	-	10
		5	-	-	-	-	-	5	7	-	-	12
		6	-	-	1	1	1	-	16	2	-	21
		7	-	-	-	-	-	-	8	1	-	9
		8	-	1	1	-	-	-	-	4	-	6
		onbekend (meer > 4)	3	1	-	1	2	1	-	2	35	45
		Totaal	28	11	8	15	8	9	26	11	7	158

N.B.: De aantallen patiënten, bij wie de graad van gedragsstoornissen niet veranderd was, zijn in vetomlijnde hokjes vermeld.

Van de in totaal 34 patiënten met gedragsstoornissen graad 1 t/m 3 bleken na 1 jaar 8 patiënten, op grond van de gegevens uit het vervolgonderzoek omtrent hun gedrag, toch een irreversibel dementieel syndroom te hebben.

4.2.2.3 Groepsindeling begin 1977

Zoals in paragraaf 4.2.1 besproken hadden we begin 1977 de 230

patiënten, betrokken in ons onderzoek, gemiddeld 18,1 maanden vervolgd.

Bij de 96 patiënten (41,7%), die we begin 1977 gedurende 2 of meer jaren hadden vervolgd, traden tijdens het vervolgonderzoek gedurende het tweede, derde en vierde jaar geen wijzigingen meer op in de conclusie over al wel of niet bestaan van een dementieel syndroom: de indeling in groep A en groep B, zoals gemaakt na 1 jaar vervolgonderzoek, bleef dezelfde. Wel ontstonden er nog veranderingen in de graden van gedragsstoornissen, zij het van minimale aard.

Tabel 4.15 geeft deze veranderingen in graad van gedragsstoornissen weer in vergelijking met de graad van gedragsstoornissen na 1 jaar. De ene patiënt, bij wie we wegens een ernstige psychose geen conclusie over het dementieel syndroom konden trekken na de observatie, verbleef begin 1977 nog onveranderlijk in een psychiatrisch instituut. Deze patiënt werd niet opgenomen in tabel 4.15.

Tabel 4.15 Veranderingen in graad van gedragsstoornissen tijdens het tweede en de volgende jaren vervolgonderzoek tot begin 1977 bij 95 patiënten.

Graden van gedragsstoornissen 1 jaar na observatie		Graden van gedragsstoornissen tijdens het tweede en de volgende jaren vervolgonderzoek:										onbekend (meer > 4)	Totaal
		0	1	2	3	4	5	6	7	8			
0	14	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15
1	2	6	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
2	-	1	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6
3	-	-	1	6	2	-	1	-	-	-	-	-	10
4	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3
5	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	-	-	5
6	-	-	-	-	1	-	14	-	-	-	-	-	15
7	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	5
8	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
onbekend (meer > 4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	23
Totaal	16	7	6	9	6	2	16	6	4	4	23	-	95

N.B.: De aantallen patiënten, bij wie de graad van gedragsstoornissen niet veranderd was, zijn in vetgedrukte hokjes vermeld.

Van de overige 95 patiënten bestond bij 61 patiënten (64,2%) een irreversibel en bij 34 patiënten (35,8%) een reversibel dementieel syndroom, zowel na 1 jaar vervolgonderzoek als begin 1977.

GROEP A.

Van de 34 patiënten zonder dementieel syndroom toonden tijdens het tweede en de volgende vervolgjaren:

- 4 patiënten (11,8%) een gedragsverbetering; bij 2 patiënten van gedragsstoornissen graad 1 naar ongestoord gedrag, bij een patiënt van graad 2 naar 1 en bij een patiënt van graad 3 naar 2;
- 3 patiënten een toename van de gedragsstoornissen. Bij een patiënt vanuit ongestoord gedrag naar gedragsstoornissen graad 3 in aansluiting aan een C.V.A. met een ernstige hemiparese rechts en een expressieve afasie, waardoor opname in een somatisch verpleeghuis noodzakelijk was geweest. Daar overleed hij 3 maanden later, 3 1/2 jaar na de observatie, ten gevolge van een recidief C.V.A. De 2 andere patiënten gingen beiden door toename van de symptomen (m.n. de dysartrie) van de ziekte van Parkinson achteruit van gedragsstoornissen graad 1 naar resp. graad 2 en graad 3. Bij geen van deze 3 patiënten bestond een dementieel syndroom.
- 27 patiënten tijdens de vervolgperiode tot begin 1977 een gelijke graad van gedragsstoornissen.

Met name bij de 7 patiënten, die bij het vervolgonderzoek na 1 jaar een achteruitgang hadden laten zien, bleef in de volgende jaren de conclusie over hun groepsindeling (Groep A) ongewijzigd (casus 7 t/m 13, paragraaf 4.6).

GROEP B

Bij de 61 patiënten, die bij het vervolgonderzoek na 1 jaar waren ingedeeld in groep B, werden tot begin 1977 de volgende veranderingen in graad van gedragsstoornissen vastgelegd:

- 30 patiënten (49,2%) toonden, m.n. op de B.O.P.-lijsten, een toename van hun gedragsstoornissen. Bij 23 van hen was de graad niet exact bepaald, maar in elk geval ≥ 5 . Bij 7 van deze 30 patiënten was de graad van gedragsstoornissen exact vastgelegd: 3 patiënten

gingen achteruit van graad 3 na 1 jaar vervolgonderzoek naar resp. graad 4, 5 en 6; 3 patiënten gingen achteruit van graad 5 naar resp. graad 6, 7 en 8; een patiënt ging achteruit naar gedragsstoornissen graad 3 na een aanvankelijke verbetering van graad 6 (na observatie) tot graad 2 (na 1 jaar). Deze laatste patiënte (casus 6, paragraaf 4.6) verbleef vanaf de observatie, tegen ons advies, gedurende 1 1/2 jaar in een verzorgingshuis. Een half jaar voor de laatste controle was een overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk wegens een zeer beperkte short-memory.

- bij een patiënt werd een gedragsverbetering van graad 6 naar graad 4 vastgesteld nadat zijn echtgenote eveneens met een dementieel syndroom was opgenomen in hetzelfde psychogeriatrische verpleeghuis.
- 30 patiënten (49,2%) toonden tijdens het tweede en de volgende vervolgjaren tot begin 1977 een stationair beeld. Evenals tijdens het eerste vervolgjaar (58,6%) is dit percentage van 49,2 erg hoog, gelet op het progressieve karakter van een dementie. Samenvattend mag gesteld worden, dat het aantal veranderingen in graad van gedragsstoornissen tijdens het tweede en de volgende jaren vervolgonderzoek tot begin 1977 erg klein was:

1. Bij 34 patiënten zonder dementieel syndroom bleef het gedrag gelijk bij 27 patiënten (79,4%), verbeterde het gedrag bij 4 patiënten (11,8%) en namen de gedragsstoornissen, om begrijpelijke redenen, toe bij 3 patiënten (8,8%). Vergelijkbare percentages bij 54 patiënten zonder dementieel syndroom tijdens het eerste vervolgjaar (paragraaf 4.2.2.2) waren: gelijkgebleven gedrag 48,1% (19 patiënten uit groep I en 7 uit groep III-B), verbeterd gedrag 24,1% (10 uit groep III-B en 3 uit groep III-C) en toename van gedragsstoornissen 27,8% (7 uit groep I en 8 uit groep III-B). Verreweg de meeste veranderingen vinden dus plaats in het eerste jaar.

2. Van 61 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom is het percentage patiënten met toename van de gedragsstoornissen 49,2, hetgeen veel lager is dan bij een progressief karakter van dementiële syndromen te verwachten is.

Geen van de veranderingen in graad van gedragsstoornissen gaf in het tweede en de volgende jaren vervolgonderzoek tot begin 1977 aanleiding tot een wijziging van de conclusies over de reversibiliteit van het dementieel syndroom bij de beschreven 96 patiënten, zodat de groepsindeling (zie tabel 4.12), opgesteld na 1 jaar vervolgonderzoek, ongewijzigd bleef.

Op grond van deze bevinding besloten we af te zien van de zeer tijdrovende jaarlijkse controles, zoals beschreven in paragraaf 3.4.2 en over te gaan tot een evaluatie op een tijdstip 5 jaar na de laatste controles: begin 1982. De vervolgperiode was begin 1982 minimaal 6 jaar en maximaal 10 jaar.

4.2.2.4 Groepsindeling begin 1982.

Begin 1977 waren nog 94 patiënten uit ons onderzoek betrokken bij het vervolgonderzoek: 131 patiënten waren inmiddels overleden en 5 patiënten hadden we uit het oog verloren.

Begin 1982 werd aan alle huisartsen van de 94 patiënten en aan alle directies van instituten, waar twee of meer van deze 94 patiënten verbleven, verzocht mee te willen werken aan een enquête (zie paragraaf 3.4.2). Bij onduidelijkheden in het ingevuld geretourneerde enquêteformulier of in gevallen, waar het een patiënt per huisarts of per instituut betrof, werd de enquête telefonisch voltooid c.q. afgenomen. Met deze werkwijze was de response op de enquête 100%.

Helaas konden we van de 94 patiënten, die begin 1977 nog in ons vervolgonderzoek betrokken waren, 4 patiënten niet meer achterhalen; 3 thuiswonende patiënten en een in een verzorgingshuis verblijvende patiënt waren verhuisd naar een andere omgeving, dicht bij hun kinderen. Tot hun verhuizing waren volgens de huisartsen de conclusies over hun gedrag ongewijzigd gebleven: bij een patiënt bestond een irreversibel dementieel syndroom en bij de 3 andere patiënten ontbraken tekenen van een dementieel syndroom.

De evaluatie van de conclusies over de reversibiliteit van het dementieel syndroom bij de andere 90 patiënten was als volgt:

- bij 3 patiënten, die tevoren geen dementieel beeld vertoonden, werd melding gemaakt van een dementieel syndroom. Deze patiënten

werden resp. 4, 4 1/2 en 7 jaar na de observatieperiode overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis, alle 3 helaas zonder voorafgaande multidisciplinaire observatie. Bij een van deze 3 patiënten hadden wij vraagtekens bij deze overplaatsing, omdat deze geschiedde in de terminale fase van een prostaatscarcinoom, waarin een behandeling met morfinepreparaten en met psychofarmaca noodzakelijk was wegens pijnklachten, depressiviteit en agressiviteit (zie casus 10, paragraaf 4.6).

- Bij de andere 2 patiënten was bij de een sprake van de eindfase van de ziekte van Parkinson en bij de ander debiliteit, waardoor in beide gevallen de gedragsstoornissen dermate ernstig werden, dat overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk was. De ziektegeschiedenissen van de beide laatste patiënten worden beschreven in casus 4 en casus 22, paragraaf 4.6.
- bij 87 patiënten werd geen melding gemaakt van een wijziging in de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom ten opzichte van de conclusie van begin 1977. Toch was er bij een patiënt, verblijvend in een somatisch verpleeghuis, een zodanig ernstige passiviteit, inactiviteit en communicatie-armoede ontstaan, dat de ontwikkeling van een dementieel syndroom zeer waarschijnlijk is (casus 23, paragraaf 4.6). Helaas bleek objectivering door psychologische testen in bovenvermelde gevallen onmogelijk.

Uit deze gegevens blijkt, dat slechts 3 van de 35 patiënten, die voorheen geen dementieel syndroom hadden, tijdens de jaren volgend op de observatie (resp. na 4, 4 1/2 en 7 jaar) - helaas zonder voorafgaande multidisciplinaire observatie - alsnog naar een psychogeriatrisch verpleeghuis moesten worden overgeplaatst. Omdat deze plaatsing pas aanzienlijke tijd na onze observatie nodig was, achten wij de betrouwbaarheid van onze observatieconclusies zeer groot. Op grond hiervan menen wij onze conclusie, zoals wij die na 1 jaar vervolgonderzoek formuleerden, te mogen handhaven:

Bij 230 patiënten, die werden aangeboden voor opname aan een psychogeriatrisch verpleeghuis, gebeurde zulks:

- bij 71 patiënten (30,9%) ten onrechte, omdat zij een reversibel dementieel syndroom hadden;

- bij 136 patiënten (59,1%) terecht, omdat zij een Irreversibel dementieel syndroom hadden;
- bij 23 patiënten (10,0%) was een uitspraak onmogelijk; bij 22 door overlijden en bij een door een ernstige psychose.

4.2.3 Plaatsingsadviezen

De in de vorige paragraaf beschreven indeling in groepen en in graden van gedragsstoornissen vormt de basis van de na observatie uitgebrachte plaatsingsadviezen (zie ook paragraaf 3.5). Slechts stoornissen in ADL-functies door somatische invaliditeit kan de uit de graden van gedragsstoornissen voorstelbare verzorgingsbehoefte verhogen. Samenvattend:

- ongestoord gedrag: thuis of servicewoning of verzorgingshuis;
- graad 1 : servicewoning of verzorgingshuis;
- graad 2 : verzorgingshuis;
- graad 3 : verzorgingshuis of groepsverzorging;
- graad 4 t/m 8 : psychogeriatrisch verpleeghuis.

Indien in het eigen milieu voldoende opvang en zorg mogelijk is, verdient terugplaatsing naar huis uiteraard de voorkeur boven opname in een instituut.

Elk plaatsingsadvies werd aangevuld met adviezen over behandeling en begeleiding van de patiënt.

4.2.3.1 Plaatsingsadviezen na de observatie

Na de observatie kon bij 208 patiënten, - 22 van de 230 patiënten (9,6%) waren tijdens de observatie overleden -, een plaatsingsadvies worden uitgebracht.

Deze adviezen worden, gerelateerd aan de eerder beschreven groepsindeling na observatie, weergegeven in tabel 4.16.

- Bij 16 patiënten (6,9%) werd ontslag naar HUIS geadviseerd en gerealiseerd. Bij 7 van hen was geen dementieel syndroom (meer) aanwezig. Een patiënt met een irreversibel dementieel syndroom kon door het ontbreken van ernstige gedragsstoornissen en door het aanwezig zijn van voldoende thuisverzorging naar huis worden

Tabel 4.16 Plaatsingsadviezen in relatie tot de groepsindeling na de observatie bij 230 patiënten.

	Groepen (%):					
	Ongestoord gedrag (Groep I)	Irreversibel dementieel syndroom (Groep II)	Overleden (Groep III-A)	Twijfel (Groep III-B)	Testweigering (Groep III-C)	Totaal
Plaatsings- advies naar:						
1. Huis	7 (19,4)	1 (0,8)	-	7 (17,1)	1 (9,1)	16 (6,9)
2. Service- woning	4 (11,1)	-	-	3 (7,3)	1 (9,1)	8 (3,5)
3. Verzorgings- huis	11 (30,6)	-	-	12 (29,3)	2 (18,2)	25 (10,9)
4. Somatisch verpleeg- huis	14 (38,9)	-	-	14 (34,1)	2 (18,2)	30 (13,0)
5. Psychogeria- trisch ver- pleeghuis	-	119 (99,2)	-	5 (12,2)	4 (36,3)	128 (55,7)
6. Psychia- trisch instituut	-	-	-	-	1 (9,1)	1 (0,4)
7. Onmogelijk door overlijden	-	-	22(100,0)	-	-	22 (9,6)
Totaal	36(100,0) (15,6)	120(100,0) (52,2)	22(100,0) (9,6)	41(100,0) (17,8)	11(100,0) (4,8)	230(100,0) (100,0)

ontslagen. Tenslotte werden 8 patiënten uit groep III naar huis ontslagen, 7 uit groep III-B (twijfel) en 1 uit groep III-C (testweigering).

- Bij 8 patiënten (3,5%) werd plaatsing in een SERVICEWONING geadviseerd en bewerkstelligd: 4 van hen waren ingedeeld in groep I (reversibel), 3 waren ingedeeld in groep III-B (twijfel) en bij een patiënt was het onmogelijk geweest psychologisch onderzoek te verrichten. Vijf van de 8 patiënten gingen naar een bejaardenwoning, aangesloten bij een dienstencentrum, de overigen naar een serviceflat bij een verzorgingshuis.

- Voor 25 patiënten (10,9%) werd plaatsing geadviseerd in een VERZORGINGSHUIS; voor 11 patiënten uit groep I (reversibel), voor 12 patiënten uit groep III-B (twijfel) en 2 uit groep III-C (testweigering). Van de 14 patiënten uit groep III werden 4 patiënten geplaatst op een afdeling groepsverzorging bij een psychogeriatrisch verpleeghuis (intensieve groepsverzorging) en werden 6 patiënten geplaatst op een afdeling groepsverzorging in een verzorgingshuis. De 15 overige bejaarden werden naar een zelfstandige kamer in een verzorgingshuis overgeplaatst.
- Een patiënt uit groep I bij wie het advies ontslag naar een verzorgingshuis zou hebben geluid, verdween tijdens de observatieperiode, na een bezoek aan zijn familie, met de noorderzon. Hij is door ons, - zwervend, zoals hij zijn leven lang tevoren had gedaan-, nooit meer gezien. Deze patiënt is in de tabellen opgenomen in groep I bij de naar een verzorgingshuis ontslagenen. In de praktijk werd dit advies echter anders dan bedoeld opgevolgd.
- Conform ons advies werden 30 patiënten (13,0%) opgenomen in een SOMATISCH VERPLEEGHUIS in verband met blijvende A.D.L.-stoornissen ten gevolge van somatische afwijkingen. Van hen waren 14 patiënten ingedeeld in groep I, eveneens 14 in groep III-B en 2 in groep III-C.
- Bij een patiënt uit groep III-C (0,4%) werd een opname in een PSYCHIATRISCH INSTITUUT geadviseerd en gerealiseerd.
- Tenslotte werd bij 128 patiënten (55,7%) een opname in een PSYCHOGERIATRISCH VERPLEEGHUIS geadviseerd; 119 patiënten uit groep II, 5 patiënten uit groep III-B en 4 uit groep III-C. Van deze 128 adviezen werden er 127 opgevolgd. Een patiënt uit groep II werd door de familie, tegen ons advies, in een verzorgingshuis geplaatst (casus 6, paragraaf 4.6).

Van de 208 door ons uitgebrachte plaatsingsadviezen werden er dus 206 (99,0%) in praktijk gebracht, meestal binnen een maand; dit kon zo snel o.a. op grond van bijzondere afspraken met verpleeghuizen in het kader van ons onderzoek. Slechts bij de plaatsingen naar verzorgingshuizen en servicewoningen bestond een iets langere wachttijd, die echter een periode van drie maanden zelden overschreed.

Het bleek dat in totaal van de voor een opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis aangeboden bejaarden na observatie in eerste instantie slechts voor 55,7% plaatsing in een dergelijk verpleeghuis noodzakelijk was.

De plaatsingsadviezen in ons onderzoek komen vrijwel overeen met de plaatsingsadviezen in een publicatie van Miesen (1974) na een poliklinisch onderzoek bij 130 patiënten, die werden aangeboden aan een psychogeriatrisch verpleeghuis. In dat onderzoek was deze plaatsing slechts in 50% geïndiceerd, in 33,3% was er geen indicatie tot opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis en in 16,7% was nader onderzoek noodzakelijk. Helaas wordt er geen melding gemaakt van de resultaten van dit nader onderzoek. In tegenstelling tot ons onderzoek, waar géén enkele patiënt tegen ons advies in in een psychogeriatrisch verpleeghuis werd opgenomen, vermeldt Miesen (1974) in zijn onderzoek dat: "het merendeel van de adviezen die in dat geval werden verstrekt, niet konden worden gerealiseerd, waardoor uiteindelijk een aanzienlijk aantal wel in een verpleeghuis voor psychisch gestoorde bejaarden terecht moest komen".

Fuldauer e.a. (1980) kwamen in 20% tot het advies: opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis en in 45% tot het advies: psychogeriatrische dagbehandeling. Deze laatste mogelijkheid bestaat echter eerst officieel sinds juli 1977. In 3% werd door hen opname in een psychiatrisch ziekenhuis geadviseerd. De overige 32% van de adviezen betroffen patiënten zonder dementeringsverschijnselen en beheldden géén plaatsingen van psychiatrische of psychogeriatrische aard. Adviezen in ons onderzoek verschillen, behoudens de psychogeriatrische dagbehandeling, niet wezenlijk van de adviezen uit het onderzoek van Fuldauer e.a.

Schouten (1979) geeft zijn plaatsingsadviezen na klinische observatie in een ziekenhuis van vermeend psychogeriatrische patiënten slechts per geslacht weer en niet in totaal. Ter vergelijking met de cijfers van ons onderzoek hebben wij de totaalcijfers berekend. Dan blijkt, dat 15,4% van de 143 patiënten terug naar huis kon worden geplaatst, aan 62,2% een psychogeriatrisch verpleeghuis geadviseerd werd en aan 4,9% een verzorgingshuis. De overige 3,5% van de patiënten werd overgeplaatst naar een andere ziekenhuisafdeling.

Ook hier komen de cijfers in onze studie nagenoeg overeen met de cijfers van Schouten (1979). Opvallend zijn in het onderzoek van Schouten wel de wachttijden, vóór ontslag uit het ziekenhuis mogelijk was: gemiddeld 148,5 dagen bij vrouwen en gemiddeld 131 dagen bij mannen.

4.2.3.2 Plaatsingsadviezen na 1 jaar vervolgonderzoek

Zoals beschreven in paragraaf 4.2.1 was bij 158 patiënten na 1 jaar een vervolgonderzoek mogelijk: van de oorspronkelijke 230 patiënten overleden 22 patiënten tijdens de observatie en 45 patiënten tijdens het eerste jaar na de observatie, 4 patiënten onttrokken zich aan het vervolgonderzoek en een patiënt verloren we uit het oog.

De resultaten van het vervolgonderzoek bespreken we aan de hand van de in de vorige paragraaf beschreven plaatsingsadviezen na de observatie.

1. NAAR HUIS (tabel 4.17).

Na de observatie waren 16 patiënten naar huis ontslagen. Van hen overleden 4 patiënten, allen uit de oorspronkelijke groep I (reversibel), voor het einde van het eerste vervolgjaar. Een patiënt uit de oorspronkelijke groep II weigerde verdere medewerking aan het vervolgonderzoek, zodat we diens plaatsingsadvies niet konden controleren.

Van de overige 11 patiënten, die naar huis waren ontslagen:

- verbleven er na 1 jaar nog 8 thuis (72,7%), goed aangepast aan de thuissituatie. Van deze 8 patiënten behoorden er 3 tot de oorspronkelijke groep I (reversibel), 4 patiënten tot de oorspronkelijke groep III-B (twijfel) en 1 patiënt tot de oorspronkelijke groep III-C (testweigering). Alle 8 patiënten werden na 1 jaar ingedeeld in groep A (reversibel dementieel syndroom).
- konden de 3 overige patiënten, allen uit de oorspronkelijke groep III-B, zich tijdens het eerste jaar na ontslag thuis niet handhaven, omdat door de huisgenoten te weinig hulp kon worden geboden. Voor een patiënt leidde dat tot een opname in een verzorgingshuis. Voor de 2 andere patiënten was een opname in een

Tabel 4.17 Verblifplaats na 1 jaar van 11 patiënten die na observatie naar HUIS waren ontlagen.

Groepsindeling na observatie:				
	Ongestoord gedrag (Groep I)	Tijdelijk (Groep III-B)	Teetvelgering (Groep III-C)	Totaal
Thuis	3(27,3%)	4(36,4%)	1(9,1%)	8(72,7%)
Servicewoning	-	-	-	-
Verzorgingshuis	-	1(9,1%)	-	1(9,1%)
Somatisch verpleeghuis	-	2(18,2%)	-	2(18,2%)
Psychogeriatrisch verpleeghuis	-	-	-	-
Totaal	3(27,3%)	7(63,6%)	1(9,1%)	11(100,0%)

somatisch verpleeghuis noodzakelijk, bij één van hen in verband met toenemende pijnklachten ten gevolge van botmetastasen door een bij observatie gevonden prostaatacarcinoom, bij de andere patiënt, omdat de echtgenote (met wie zeer frekwent ruzies bestonden) telkenmale een psychogeriatrische opname probeerde te forceren (zie paragraaf 4.6, casus 21). Bij alle 3 deze patiënten bestond na 1 jaar een normaal gedrag en normale scores bij de psychologische testen (groep A).

2. Naar een SERVICEWONING (zie tabel 4.18).

Aan 8 patiënten werd na observatie een servicewoning geadviseerd. Een patiënt uit de oorspronkelijke groep I overleed aldaar tijdens het eerste jaar. Van de overige patiënten verbleef er nog slechts een in een servicewoning. De overige 6 patiënten waren inmiddels allen verhuisd:

- 2 werden overgeplaatst wegens vereenzaming en achteruitgang van psychische functies (van normaal gedrag tot gedragsstoornissen graad 2 resp. 3) naar een verzorgingshuis, alwaar hun gedrag later weer verbeterde;

Tabel 4.18 Verblifplaats na 1 jaar van 7 patiënten, die na de observatie waren ontslagen naar een SERVICE-WONING

	Groepsindeling na observatie:			
	Ongevoerd gedrag (Groep I)	Twijfel (Groep III-B)	Testeigening (Groep III-C)	Totaal
Thuis	-	-	-	-
Servicewoning	1 (14,3%)	-	-	1 (14,3%)
Verzorgingshuis	2 (28,6%)	2 (28,6%)	-	4 (57,1%)
Somatisch verpleeghuis	-	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)
Psychogeriatrisch verpleeghuis	-	-	-	-
Totaal	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)

- 2 werden overgeplaatst naar een verzorgingshuis samen met hun nog levende partner, omdat de verzorging in de servicewoning voor de partner te zwaar bleek te zijn. Beide patiënten behoorden tot de oorspronkelijke groep III-B (twijfel) en toonden ook na 1 jaar nog lichte gedragsstoornissen, echter zonder dementieel syndroom (groep A);
- tenslotte was bij 2 patiënten opname in een somatisch verpleeghuis noodzakelijk, bij de ene patiënt wegens toenemende klachten van een ernstige C.A.R.A., bij de andere patiënt in verband met een reeds bestaande verpleegbehoefte bij een longcarcinoom. Bij beide patiënten was de levenspartner niet langer in staat tot verpleging in de servicewoning. Bij beide patiënten waren de psychologische testen na 1 jaar normaal; de ene patiënt behoorde oorspronkelijk tot groep III-B, de andere tot groep III-C.

3. Naar een VERZORGINGSHUIS (zie tabel 4.19).

Na de observatie waren 26 patiënten ontslagen naar een verzorgingshuis. Een patiënt uit de oorspronkelijke groep II (irreversibel) tegen ons advies in. Deze patiënt verbleef nog steeds aldaar, o.i. ten onrechte, zoals reeds beschreven in paragraaf 4.2.3.1.

Tabel 4.19 Verblijfplaats na 1 jaar van 24 patiënten, die na de observatie waren ontslagen naar een VERZORGINGSHUIS

Groepsindeling na observatie:					
	Ongestoord gedrag (Groep I)	Irreversibel dementieel syndroom (Groep II)	Twijfel (Groep III-B)	Testweigerling (Groep III-C)	Totaal
Thuis	-	-	-	-	-
Servicewoning	-	-	-	-	-
Verzorgingshuis	7(29,2%)	1(4,2%)	9(37,5%)	1(4,2%)	18 (75,0%)
Somatisch verpleeghuis	3(12,5%)	-	-	-	3 (12,5%)
Psychogeriatrisch verpleeghuis	-	-	2(8,3%)	1(4,2%)	3 (12,5%)
Totaal	10(41,7%)	1(4,2%)	11(45,8%)	2(8,3 %)	24(100,0%)

- Uit de oorspronkelijke groep I zouden 11 patiënten naar een verzorgingshuis ontslagen worden. Van hen verloren we 1 patiënt direct na de observatie uit het oog. Van de overige patiënten uit deze groep I verbleven nog 7 patiënten in het verzorgingshuis en functioneerden aldaar adequaat. Drie patiënten moesten vanuit een verzorgingshuis wegens toenemende A.D.L.-stoornissen worden opgenomen in een somatisch verpleeghuis, 2 patiënten wegens een C.V.A. en een patiënt wegens het bereiken van de terminale fase bij een (bekend) prostaatscarcinoom met metastasen.
- Van de 12 patiënten uit de oorspronkelijke groep III-B (twijfel), die in een verzorgingshuis waren geplaatst, verbleven er daar nog 9. Zij hadden zich allen goed aangepast en werden op grond van de gegevens uit het vervolgonderzoek opgenomen in groep A (reversibel dementieel syndroom). Twee andere patiënten uit de III-B-groep moesten wegens verdere verslechtering van hun gedrag bij een irreversibel dementieel syndroom in een psychogeriatrisch verpleeghuis worden opgenomen; Een patiënt uit de oorspronkelijke III-B-groep overleed in het verzorgingshuis acuut; tot zijn dood had hij aldaar goed gefunctioneerd.
- Na observatie waren 2 patiënten uit de III-C-groep (testen

onmogelijk) opgenomen in een verzorgingshuis. Een van hen functioneerde daar na een jaar nog adequaat en werd derhalve ingedeeld in groep A. De andere patiënt moest tijdens het eerste vervolgjaar wegens zijn gedragestoornissen en zijn aanpassingsproblemen worden ontslagen naar een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Opgemerkt dient nog te worden, dat van de 26 overplaatsingen naar een verzorgingshuis na de observatieperiode, deze bij 10 patiënten een overplaatsing naar een groepsverzorgingsafdeling betrof. Een van deze 10 patiënten overleed binnen 1 jaar. Van de overige 9 patiënten verbleven er na 1 jaar 5 op een groepsverzorgingsafdeling van een verzorgingshuis en 2 op een soortgelijke afdeling bij een psychogeriatrisch verpleeghuis. De laatste 2 patiënten weigerden daar ontslagen te worden uit angst voor nieuwe problemen na ontslag en hadden een functie als vrijwilliger in het verpleeghuis. Twee patiënten waren tijdens het eerste vervolgjaar van de groepsafdeling van het psychogeriatrisch verpleeghuis overgeplaatst naar een eenpersoons kamer in een verzorgingshuis en, naar bleek uit de gegevens van het vervolgonderzoek, met succes (casus 23 en 24, paragraaf 4.6).

4. Naar een SOMATISCH VERPLEEGHUIS.

Er werden vanuit de observatie-afdeling 30 patiënten overgeplaatst naar een somatisch verpleeghuis. Van deze 30 patiënten overleden 10 patiënten binnen een jaar. Uit gegevens, verzameld tot hun overlijden, bleek een plaatsing aldaar terecht geweest te zijn. Van 4 patiënten was de oorspronkelijke groepsindeling groep I (reversibel) en van 6 patiënten groep III-B (twijfel).

Van de 20 nog levende patiënten (zie tabel 4.20) verbleven:

- 14 patiënten nog in een somatisch verpleeghuis, 9 patiënten uit de oorspronkelijke groep I en 5 uit de oorspronkelijke groep III-B. Bij geen van deze 14 patiënten bestond na 1 jaar enige twijfel over de juistheid van hun plaatsing.
- twee patiënten (een uit groep I en een uit groep III-B) waren na succesvolle revalidatie binnen een jaar ontslagen naar een verzorgingshuis, waar zij beiden aangepast functioneerden.
- tenslotte waren 4 patiënten tijdens het eerste vervolgjaar overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis vanwege hun

Tabel 4.20 Verblifplaats na 1 jaar van 20 patiënten, die na de observatie waren ontelagen naar een SOMATISCH VERPLEEGHUIS

	Groepsindeling na observatie:			Totaal
	Ongeoor- dgd (Groep I)	Twijfel (Groep III-B)	Testveiging (Groep III-C)	
Thuis	-	-	-	-
Service woning	-	-	-	-
Verzorgingshuis	1 (5,0%)	1 (5,0%)	-	2 (10,0%)
Somatisch verpleeghuis	9 (45,0%)	5 (25,0%)	-	14 (70,0%)
Psychogeriatrisch verpleeghuis	-	2 (10,0%)	2 (10,0%)	4 (20,0%)
Totaal	10 (50,0%)	8 (40,0%)	2 (10,0%)	20 (100,0%)

onvermogen zich in het somatisch verpleeghuis aan te passen (2 patiënten uit groep III-B (twijfel) en 2 patiënten uit groep III-C (testen onmogelijk)).

5. Naar een PSYCHOGERIATRISCH VERPLEEGHUIS.

Na verloop van een jaar bleek bij geen van de 127 patiënten in een psychogeriatrisch verpleeghuis een overplaatsing geïndiceerd te zijn. Er waren 29 patiënten overleden en 3 waren er uit onze controle verdwenen. De overige 95 patiënten verbleven na 1 jaar allen nog in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

In tabel 4.21 worden de verblifplaatsen van 158 patiënten na 1 jaar vergeleken met hun verblifplaatsen in aansluiting op de observatieperiode.

Samenvattend kunnen we, zoals uit deze tabel 4.21 en de tabellen 4.17 t/m 4.20 blijkt, stellen dat:

1. Plaatsing naar een servicewoning slechts bij een van de 7 patiënten een juiste plaatsing was en dat een dergelijk advies als te optimistisch beschouwd moet worden;

Tabel 4.21 Verblifplaats na een jaar van 158 patiënten vergeleken met hun verblifplaats na de observatieperiode.

Verblifplaats na 1 jaar:		Thuis	S.W.	V.H.	S.V.	P.V.	P.I.	Totaal
Verblif- plaats na de observatie:	Thuis	8	-	1	2	-	-	11
	S.W.	-	1	4	2	-	-	7
	V.H.	-	-	18	3	3	-	24
	S.V.	-	-	2	14	4	-	20
	P.V.	-	-	-	-	95	-	95
	P.I.	-	-	-	-	-	1	1
	Totaal	8	1	25	21	102	1	158

S.W. = servicewoning

V.H. = verzorgingshuis

S.V. = somatisch verpleeghuis

P.V. = psychogeristrisch verpleeghuis

P.I. = psychiatrisch instituut

I.A.: de aantallen patiënten, bij wie géén verhuizing noodzakelijk was, bevinden zich in de vetomlijnde vakjes.

2. Alle overige plaatsingen (naar huis, naar een verzorgingshuis of naar een somatisch verpleeghuis) bij ruim twee derde van de patiënten ook na 1 jaar nog juiste plaatsingen waren;
3. Bij de 26 patiënten met normaal gedrag na de observatie slechts bij 5 patiënten (19,2%) tijdens het eerste jaar van het vervolgonderzoek een overplaatsing noodzakelijk was naar een instituut met grotere zorgverlening;
4. Bij de 45 patiënten uit de oorspronkelijke groepen III-B en III-C tijdens het eerste jaar vervolgonderzoek de meeste overplaatsingen noodzakelijk bleken te zijn; bij 11 van de 34 patiënten uit groep III-B (32,4%) en bij 4 van de 11 patiënten uit groep III-C (36,4%). Zowel in groep III-B, als in groep III-C is dit hoge percentage overplaatsingen niet onverwacht,

- omdat aan de patiënten uit deze groepen bij de plaatsing na observatie "the benefit of the doubt" gegeven was;
5. Het totale aantal overplaatsingen binnen het eerste jaar 13,3% bedroeg (21 van de 158 patiënten);
6. Plaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis voor 100% een juist advies bleek te zijn.

Tabel 4.22 tenslotte geeft een overzicht van de redenen van overplaatsingen tijdens het eerste jaar van de vervolgperiode:

Tabel 4.22 Oorzaken van de overplaatsingen tijdens het eerste jaar van het vervolgonderzoek

	Aantal patiënten (%) uit de groepen (na observatie):			
	Ongestoord gedrag (Groep I)	Twijfel (Groep III-B)	Testweigerling (Groep III-C)	Totaal
Oorzaak:				
Succesvolle revalidatie	1(4,8%)	1(4,8%)	-	2(9,5%)
Toename verpleegbehoefte	3(14,3%)	2(9,5%)	1(4,8%)	6(28,6%)
Irreversibel dementieel syndroom	-	4(19,0%)	3(14,3%)	7(33,3%)
Veraenzaming	2(9,5%)	-	-	2(9,5%)
Grotere hulpbehoefte dan verwacht	-	3(14,3%)	-	3(14,3%)
Slechte relatie met echtgenoot	-	1(4,8%)	-	1(4,8%)
Totaal	6(28,6%)	11(52,4%)	4(19,1%)	21(100,0%)

- de 7 overplaatsingen naar een psychogeriatrisch verpleeghuis betroffen patiënten uit de groepen III-B en III-C (the benefit of the doubt) en geschiedden op grond van blijvende gedragsstoornissen.
- overplaatsingen naar een somatisch verpleeghuis waren bij 6 patiënten noodzakelijk, omdat hun verpleegbehoefte door somatische

achteruitgang toenam.

- bij 2 patiënten geschiedde overplaatsing naar een instituut met geringere zorgverlening na een succesvol verlopen revalidatie.
- bij 3 patiënten uit groep III-B bestond een grotere hulpbehoefte dan na de observatie verwacht werd.
- reesteren 3 overplaatsingen, die waarschijnlijk het gevolg waren van een foutief advies na de observatie: 2 patiënten uit groep I geraakten in een isolement in een servicewoning en bij een patiënt was de slechte relatie met zijn levenspartner de oorzaak van de overplaatsing.

4.2.3.3 Plaatsingsadviezen begin 1977

Tijdens het tweede en de volgende vervolgjaren bleek het aantal verhuizingen minimaal te zijn (zie tabel 4.23):

Tabel 4.23 Verhuizingen van 95 patiënten in het tweede of de volgende jaren na de observatieperiode tot begin 1977.

Verblijfplaats begin 1977:		Verblijf- plaats na 1 jaar				
	Thuis	S.V.	V.H.	S.V.	P.V.	Totaal
Thuis	4	-	-	1	-	5
S.W.	-	1	-	-	-	1
V.H.	-	-	15	-	1	16
S.V.	1	-	-	12	-	13
P.V.	-	-	-	-	60	60
Totaal	5	1	15	13	61	95

S.W. = Servicewoning
V.H. = Verzorgingshuis
S.V. = Somatisch verpleeghuis
P.V. = Psychogeriatrisch verpleeghuis

N.B.: De aantallen patiënten, die niet verhuisden, bevinden zich in de vetomlijnde hokjes.

- Alle patiënten, die tijdens het vervolgonderzoek na een jaar in psychogeriatrische verpleeghuizen verbleven, verbleven daar aan

het begin van 1977 nog steeds of waren aldaar overleden.

- Een patiënt werd in het tweede vervolgjaar vanuit een verzorgingshuis, waar zij op verzoek van de familie ondanks ons advies tot psychogeriatrische plaatsing was opgenomen, op basis van het toenemen van haar gedragsstoornissen, overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis.
- Van de 34 patiënten met normale of lichte gedragsstoornissen (geen dementieel syndroom: groep A) verbleven begin 1977 nog 32 patiënten op dezelfde plaats als na een jaar. Voor een patiënt was een overplaatsing van thuis naar een somatisch verpleeghuis noodzakelijk geworden na een doorgemaakt C.V.A. met een hemiparese rechts en een expressieve afasie; een andere patiënt was na succesvolle revalidatie van een collumfractuur 16 maanden na de observatie alsnog terug naar huis geplaatst.

De verblijfplaats van alle 95 patiënten, die twee jaar of langer konden worden gevolgd, wordt naar plaats aan het begin van het jaar 1977 vergeleken met de verblijfplaats aan het einde van het eerste vervolgjaar in tabel 4.23. Het percentage verhuizingen was met 3,2 (3 van de 95 patiënten) erg laag vergeleken met een percentage van 13,3 tijdens het eerste vervolgjaar.

Dit lage percentage wijzigingen in de plaatsingsadviezen was samen met het reeds in paragraaf 4.2.2.3 vermelde ontbreken van wijzigingen in de groepsindeling voor ons reden tot het afzien van van de tijdrovende jaarlijkse controles. Ook de plaatsingsadviezen werden begin 1982 nog eenmaal geëvalueerd.

4.2.3.4 Plaatsingsadviezen begin 1982

Aan het begin van het jaar 1982 verbleven nog 81 van de 90 geëvalueerde patiënten (90,0%) op dezelfde plaats als waar zij begin 1977 verbleven (zie tabel 4.24).

Bij 9 patiënten (10,0%) was tussen 1977 en 1982 een overplaatsing noodzakelijk geweest. De redenen voor deze overplaatsingen waren gelegen in lichamelijke achteruitgang of in een verandering van de sociale omstandigheden:

Tabel 4.24 Verblifplaats van 90 patiënten begin 1982 (evaluatie) in relatie tot hun verblifplaats begin 1977

	Thuis	S.W.	V.H.	S.V.	P.V.	P.I.	Totaal
Thuis	5	-	1	1	-	-	7
S.W.	-	1	-	-	-	-	1
V.H.	-	-	17	2	1	-	20
S.V.	-	-	-	6	2	-	8
P.V.	1	-	-	-	52	-	53
P.I.	-	-	-	-	-	1	1
Totaal	6	1	18	9	55	1	90

S.W. = servicewoning
V.H. = verzorgingshuis
S.V. = somatisch verpleeghuis

P.V. = psychogeriatrisch verpleeghuis
P.I. = psychiatrisch instituut

N.B.: de aantallen patiënten, bij wie geen verhuizing noodzakelijk was, bevinden zich in de vetomlijnde vakjes

- een patiënt werd overgeplaatst van het ene naar een ander psychogeriatrisch verpleeghuis, om bezoek van de familie gemakkelijker mogelijk te maken (uiteraard niet te zien in tabel 4.24);
- een patiënte werd na het overlijden van haar echtgenoot door haar 2 ongehuwde zussen vanuit een psychogeriatrisch verpleeghuis in huis genomen;
- een patiënt werd na het overlijden van zijn partner van thuis uit overgeplaatst naar een verzorgingshuis (casus 26, paragraaf 4.6);
- bij 3 patiënten, 1 thuiswonende en 2 uit een verzorgingshuis, was een overplaatsing naar een somatisch verpleeghuis noodzakelijk geweest. Bij de thuiswonende patiënt waren 3 cerebrovasculaire accidenten in successie de oorzaak van de overplaatsing, bij de 2 verzorgingshuisbewoners was bij de een toename van zijn

C.A.R.A. en bij de ander ernstige maagklachten zonder duidelijke oorzaak de aanleiding tot de overplaatsing;

- tenelotte was, zoals reeds in paragraaf 4.2.2.4 beschreven, het ontstaan van een dementieel syndroom bij 3 patiënten er de oorzaak van, dat zij moesten worden overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Bovenbeschreven evaluatiegegevens bevestigen de eerdere conclusies, dat overplaatsingen vooral geschieden tijdens het eerste jaar van de vervolgperiode en dat dus vervolgonderzoek tijdens dat eerste jaar na de observatie wenselijk is. Veranderingen in de jaren daaropvolgend vloeien vooral voort uit bijkomende oorzaken.

4.2.4 Resultaten van B.O.P.-scores

Scores op de B.O.P.-lijsten (Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten) kunnen een belangrijke rol spelen in de differentiatie tussen somatische en psychogeriatrische patiënten (Wimmers, 1976). De verschillende schalen van de B.O.P.-lijst geven scoremogelijkheden voor de ernst van een aantal symptomen van gedragsstoornissen (zie paragraaf 1.2.6 en paragraaf 3.5).

Wij bespreken de scores op de verschillende schalen van de B.O.P.-lijsten in relatie tot de groepsindeling van de betrokken patiënten en bepalen de statistische relaties met de enkelvoudige variantie-analyse.

4.2.4.1 BOP-scores tijdens de observatieperiode

Bij 205 van de 230 geobserveerde patiënten werd tijdens de observatie een B.O.P.-lijst ingevuld. Bij 9 patiënten werd geen B.O.P.-lijst ingevuld, omdat zij overleden tijdens de observatieperiode, bij 9 andere patiënten wegens een ziekenhuisopname tijdens de observatieperiode, 2 patiënten waren reeds ontslagen vóór de B.O.P.-lijst was ingevuld en bij 5 andere patiënten was het invullen van een B.O.P.-lijst achterwege gelaten als gevolg van totale bedlegerigheid en onvermogen tot communicatie (gedragsstoornissen graad 8).

In tabel 4.25 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde scores op de verschillende schalen van de B.O.P.-lijst in relatie tot de groepsindeling na de observatieperiode. Hieruit blijkt:

- voor alle schalen, behalve voor schaal 3b (depressief gedrag: $p=0,087$), bestaat een zeer sterk significante relatie ($p<0,0001$) tussen de B.O.P.-scores en de groepsindeling. Van schaal 1 (hulpbehoevendheid) en schaal 3c (psychische invaliditeit), die elkaar gedeeltelijk overlappen, was bekend dat zij goed discriminerden tussen psychisch gezonde en psychisch gestoorde bejaarden (van der Kam e.a., 1971). De zeer sterk significante relatie tussen de schalen 2 (agressiviteit), 3a (lichamelijke invaliditeit) en 4 (inactiviteit) en onze groepsindeling na observatie leidt ons niet tot conclusies, omdat de scores op deze drie schalen door slechte lichamelijke conditie erg hoog kunnen zijn en omdat hun scorebereik vrij klein is.
- in alle schalen, behalve in schaal 3b, valt de overeenkomst in gemiddelde scores op tussen de groepen I (ongestoord), III-B (twijfel) en III-C (testweigering) enerzijds en groep II (irreversibel dementieel syndroom) en groep III-A (overleden) anderzijds. Onzes inziens wordt deze laatste overeenkomst vooral door de ernstige ziektebeelden van de patiënten uit groep III-A veroorzaakt.

Samenvattend menen wij te mogen stellen, dat bij een B.O.P.-score <12 op schaal 1 en <2 op schaal 3c de kans op een reversibel dementieel syndroom erg groot is.

4.2.4.2 BOP-scores 1 jaar na de observatie

Daar het vaak onmogelijk bleek om thuis of in sommige instituten objectief B.O.P.-lijsten in te vullen, gelukte het slechts bij 81 van de 158 vervolgte patiënten (51,3%) na 1 jaar over een controle-B.O.P.-lijst te beschikken. Toch leek het ons zinvol de B.O.P. lijsten van na de observatie en die van een jaar later met elkaar te vergelijken, omdat bij alle ernstiger verzorgingsbehoeftige en alle verpleegbehoeftige patiënten B.O.P.-lijsten gemaakt bleken te zijn.

Bij 23 van de 54 patiënten (42,6%) uit groep A. (geen dementieel syndroom) en bij 58 van de 103 patiënten (56,3%) uit groep B (ir-reversibel dementieel syndroom) was vergelijking van hun B.O.P.-lijst aan het einde van het eerste jaar vervolgonderzoek met de B.O.P.-lijst tijdens de observatie mogelijk. Hieruit bleek, dat tijdens het eerste vervolgjaar slechts weinig verschuivingen optraden in de diverse schalen van de B.O.P. (zie tabel 4.26).

Tabel 4.26 Vergelijking van de gemiddelde scores van de BOP-lijsten na observatie en na 1 jaar bij 81 patiënten in relatie tot hun groepsindeling na 1 jaar.

	Na observatie:			Na 1 jaar:		
	Gem. score	Standards-deviatie	(p)	Gem. score	Standards-deviatie	(p)
<hr/>						
Schaal 1						
(hulpbehoevendheid)						
GROEP A:	9,1	5,0	(p<0,0001)	9,3	5,5	(p<0,0001)
GROEP B:	21,4	8,9		20,2	8,5	
Schaal 2						
(agressiviteit)						
GROEP A:	0,9	1,1	(p<0,0001)	1,5	2,0	(p<0,01)
GROEP B:	2,8	2,6		3,0	2,7	
Schaal 3a						
(lichamelijke invaliditeit)						
GROEP A:	1,4	1,1	(p>0,1)	1,2	1,5	(p<0,01)
GROEP B:	2,0	1,3		2,4	1,7	
Schaal 3b						
(depressiviteit)						
GROEP A:	2,6	1,6	(p>0,2)	2,1	1,5	(p>0,5)
GROEP B:	2,3	1,6		2,4	1,7	
Schaal 3c						
(psychische invaliditeit)						
GROEP A:	1,2	1,2	(p<0,0001)	0,8	1,3	(p<0,0001)
GROEP B:	4,0	1,7		4,1	1,5	
Schaal 4						
(inactiviteit)						
GROEP A:	6,1	2,9	(p<0,0001)	6,4	3,5	(p<0,05)
GROEP B:	8,5	3,4		8,2	2,7	

1) Groep A = ongestoord gedrag

2) Groep B = irreversibel dementieel syndroom

Waren na observatie bij alle patiënten de verschillen tussen de groepen en hun scores op de B.O.P.-lijsten voor alle schalen, behalve voor de schaal depressief gedrag, zeer sterk significant, bij de thans vergelijkbare B.O.P.-lijsten van 81 patiënten toont ook de score op schaal 3a (lichamelijke invaliditeit) geen significante relatie met de groepsindeling na 1 jaar vervolgonderzoek. Vermoedelijk is de significantie van deze relatie door het overlijden van de meest verpleegbehoeftige patiënten komen te vervallen. In de schalen 1, 2, 3c en 4 van de B.O.P. bestaat tijdens de observatie een zeer sterk significante relatie tussen de scores op deze schalen en de groepsindeling na een jaar ($p < 0,0001$). De scores van dezelfde patiënten aan het einde van het eerste jaar laten een zeer sterk significante relatie zien met de groepsindeling na 1 jaar voor de schalen 1 en 3c ($p < 0,0001$), tonen een sterk significante relatie tussen deze groepsindeling en de scores op schaal 2 en 3a ($p < 0,01$) en tonen tenslotte een significante relatie tussen deze groepsindeling en de scores op schaal 4. Zowel tijdens de observatie als na een jaar blijkt de schaal 3b van de B.O.P.-lijst (depressief gedrag) geen discriminerend vermogen ten aanzien van onze groepsindeling te tonen.

De reeds in paragraaf 4.2.4.1 besproken scores voor patiënten zonder dementieel syndroom werden tijdens het vervolgonderzoek bevestigd: bij een score < 12 op schaal 1 (hulpbehoevendheid) en < 2 op schaal 3c (psychische invaliditeit) is de kans op reversibiliteit van een dementieel syndroom erg groot.

Vergelijking van de door ons gevonden B.O.P.-scores met de B.O.P.-scores in andere onderzoeken is onmogelijk, omdat wij geen vergelijkbare onderzoeken hebben gevonden.

Concluderend menen wij te mogen stellen, dat de B.O.P.-lijst zowel tijdens de observatie als na een jaar een uitstekend hulpmiddel is bij het onderscheiden van de patiënten uit ons onderzoek in patiënten met een reversibel en patiënten met een irreversibel dementieel syndroom. Dit blijkt vooral uit de schalen 1 en 3c, die een zeer sterk significant discriminerend vermogen tonen.

4.2.4.3 BOP-scores begin 1977

Begin 1977 hadden we 95 patiënten gedurende 2 jaar of langer gevolgd. Bij 70 van deze 95 patiënten (73,7%) was begin 1977 een recente B.O.P.-lijst beschikbaar (niet ouder dan 3 maanden). Helaas waren er relatief minder B.O.P.-lijsten beschikbaar van de 34 patiënten met een reversibel dementieel syndroom (17: 50,0%) dan van de 61 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (53: 86,9%). Toch is een vergelijking o.i. zinvol, omdat bijna alle B.O.P.-lijsten werden ingevuld in somatische verpleeghuizen en verzorgingshuizen, waar de meer somatisch invaliden geplaatst waren. De aldus bekende

Tabel 4.27 Vergelijking van de scores op de BOP-lijsten na één jaar vervolgonderzoek en begin 1977 in relatie tot de groepsindeling

Na één jaar				Begin 1977		
	Gem. score	Standaard- deviatie	(p)	Gem. score	Standaard- deviatie	(p)
<hr/>						
<u>Schaal 1</u> (hulpbehoefvendheid)						
GROEP A:	9,3	5,5	(p<0,0001)	9,4	6,8	(p<0,0001)
GROEP B:	20,2	8,5		25,0	10,4	
<u>Schaal 2</u> (agressiviteit)						
GROEP A:	1,5	2,0	(p<0,01)	1,4	1,9	(p<0,01)
GROEP B:	3,0	2,7		3,4	2,8	
<u>Schaal 3a</u> (lichamelijke invaliditeit)						
GROEP A:	1,2	1,5	(p<0,01)	1,8	1,3	(p<0,005)
GROEP B:	2,4	1,7		3,3	1,8	
<u>Schaal 3b</u> (depressiviteit)						
GROEP A:	2,1	1,5	(p>0,5)	2,8	1,8	(p>0,5)
GROEP B:	2,4	1,7		2,6	1,6	
<u>Schaal 3c</u> (psychische invaliditeit)						
GROEP A:	0,8	1,3	(p<0,0001)	0,7	1,1	(p<0,0001)
GROEP B:	4,1	1,5		4,9	1,5	
<u>Schaal 4</u> (inactiviteit)						
GROEP A:	6,4	3,5	(p<0,05)	6,4	3,4	(p<0,0001)
GROEP B:	8,2	2,7		9,7	3,6	

1) Groep A = Patiënten zonder dementieel syndroom

2) Groep B = Patiënten met een irreversibel dementieel syndroom

B.O.P.-lijsten zullen eerder te hoge dan te lage scores te zien geven.

Tabel 4.27 geeft een overzicht van de score op diverse B.O.P.-schalen aan het begin van 1977 in vergelijking met de gemiddelde score op dezelfde schalen na 1 jaar vervolgonderzoek. Zoals uit de tabel blijkt bestaat er ook nu geen significant verschil tussen beide groepen patiënten ten aanzien van de schaal depressief gedrag. Voor alle andere B.O.P.-schalen is het verschil tussen patiënten zonder (groep A) en patiënten met een dementieel syndroom (groep B) significant en ook nu weer is dit verschil op de schalen 1 (hulpbehoevendheid) en 3c (psychische invaliditeit) zeer sterk significant ($p < 0,0001$).

De gemiddelde scores op de B.O.P.-lijsten blijken bij patiënten zonder dementieel syndroom tijdens de onderzoeksperiode tot begin 1977 nauwelijks te veranderen. Bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom stijgt de gemiddelde score tijdens het tweede en de volgende vervolgjaren op de schalen 1 (hulpbehoevendheid), 3a (lichamelijke invaliditeit), 3c (psychische invaliditeit) en 4 (inactiviteit). Deze stijging van de gemiddelde score is te wijten aan ongeveer de helft van de patiënten, zoals bleek in paragraaf 4.2.2.3: slechts bij 30 van de 61 patiënten nam de graad van gedragsstoornissen toe.

4.2.4.4 B.O.P.-scores begin 1982

In de enquêtegegevens, die wij begin 1982, - gemiddeld 36,4 maanden na de observatie (met uitersten van 0 en 120 maanden)-, verzamelden bleek slechts bij weinigen een B.O.P.-lijst beschikbaar te zijn: bij 31 van de 55 patiënten (56,4%) met een irreversibel dementieel syndroom en bij slechts 4 van de 35 patiënten (11,4%) zonder dementieel syndroom. We zagen derhalve af van een vergelijking van beide groepen. Bij de 31 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom waren de gemiddelde scores op de diverse B.O.P.-schalen nagenoeg hetzelfde als begin 1977. Voor de opeenvolgende schalen waren die gemiddelden: 24,6 - 2,8 - 3,4 - 3,8 - 4,5 - 9,2.

4.2.5 Duur van het bestaan van een dementieel syndroom voor de observatie in relatie tot de groepsindeling na de observatie

Bij 228 van de 230 patiënten kon door middel van een hetero-anamnese worden nagegaan hoe lang het dementieel syndroom reeds bestond vóór de observatie. Bij 2 patiënten was door het ontbreken van familieleden geen hetero-anamnese mogelijk geweest. Voor de duur van bestaan bleek het minimum 1 maand te zijn, het maximum 98 maanden met een gemiddelde van 27,0 maanden en een standaarddeviatie van 24,1 maanden. Met een enkelvoudige variantie-analyse bleek er een zeer sterk significante relatie te bestaan tussen de groepsindeling na observatie en de duur van het dementiële syndroom vóór de observatie ($p < 0,001$), zoals te zien is in tabel 4.28.

Tabel 4.28 Relatie tussen de duur van bestaan van het dementiële syndroom vóór de observatie en de groepsindeling na de observatieperiode

	Duur van bestaan (in maanden):	
	Gemiddeld	Standaarddeviatie
Ongestoord gedrag	11,8	12,8
Irreversibel dementieel syndroom	37,3	25,3
Overleden	16,7	17,1
Twijfel	13,2	11,6
Testweigering	33,7	28,4
Totaal	27,0	24,1

Het verschil tussen groep I en groep II na observatie is dermate groot, dat we op grond hiervan mogen constateren, dat naarmate de duur van het dementiële syndroom vóór observatie langer is, de kans op reversibiliteit geringer is. Wellicht waren bij een eerdere observatie een aantal dementiële syndromen nog reversibel geweest. Eveneens opvallend in tabel 4.28 is het feit, dat in groep III-A (overledenen) de dementiële syndromen duidelijk van kortere duur waren dan in groep II na de observatie. Groep III-A is in deze beter vergelijkbaar met groep I dan dit bij de B.O.P.-lijsten het geval was.

Deze constateringen zijn voor ons aanleiding te stellen, dat een grondig multidisciplinaire observatie zo spoedig mogelijk na het ontstaan van gedragsstoornissen bij bejaarden dringend gewenst is.

Een ondersteuning voor deze stelling vinden we bij de in paragraaf 4.2.2.1 besproken 56 patiënten, die aanvankelijk zonder inbreng van de psycholoog waren geobserveerd. Bij hen bleek in 76,8% een irreversibel dementieel syndroom te bestaan, terwijl dat bij de overige 174 patiënten slechts in 49,7% het geval was. Bij de eerstgenoemde 56 patiënten bleek de gemiddelde duur van het bestaan van een dementieel syndroom (gem. 34,7 maanden met een standaarddeviatie van 23,8) significant langer te zijn dan bij de overige 174 patiënten (gem. 24,4 maanden, standaarddeviatie 23,7) ($p < 0,01$). Zoals in paragraaf 4.2.2.1 beschreven, wachtten velen van de 56 patiënten, die het eerst in ons onderzoek werden geobserveerd, reeds erg lang op een opname in een juist geopend psychogeriatrisch verpleeghuis.

4.3 Conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen bij 230 patiënten

De conclusies over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom, over de plaatsingsadviezen en over de B.O.P.-scores tijdens de observatieperiode én tijdens het vervolgonderzoek, zoals wij deze beschreven in paragraaf 4.2.2 tot en met 4.2.4, geven ons reden tot het formuleren van een conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom op grond van alle gegevens van 230 patiënten, verzameld tijdens ons onderzoek tussen eind 1971 en begin 1982:

- 71 patiënten (30,9%) hadden een reversibel dementieel syndroom en werden derhalve ten onrechte voor opname aan een psychogeriatrisch verpleeghuis aangeboden;
- 136 patiënten (59,1%) hadden een irreversibel dementieel syndroom en werden terecht aangeboden voor opname aan een psychogeriatrisch verpleeghuis;
- bij 23 patiënten (10,0%) was een uitspraak over het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom onmogelijk, bij 22 door overlijden en bij een patiënt door een ernstige psychose.

Vergelijken we deze conclusie uit ons onderzoek met de conclusies uit de reeds eerder genoemde 4 Nederlandse studies, dan blijken er slechts geringe verschillen te bestaan:

- Miesen (1974) vermeldde bij 130 poliklinisch gescreende patiënten in 33,3% de afwezigheid van een indicatie tot opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Of bij al deze patiënten ook een dementieel syndroom ontbrak is niet duidelijk. Het vervolgonderzoek in deze studie mislukte helaas.
- Fuldaer e.a. (1980) kwamen bij 32% van 474 poliklinisch onderzochte patiënten tot de conclusie, dat er bij dezen géén dementieel syndroom bestond.
- Van Wersch-van der Spek (1980) vond bij 144 poliklinisch onderzochte vermeend psychogeriatrische patiënten in 18,7% géén dementieel syndroom. Zij vermoedde, dat dit percentage hoger zou zijn, als de organisatie van haar onderzoek beter was geweest.
- Schouten (1979) onderzocht in een psychogeriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis 143 vermeend psychogeriatrische patiënten en concludeerde bij 31% van hen tot het afwezig zijn van een dementieel syndroom.

Een vervolgonderzoek, waarin het al of niet bestaan van een dementieel syndroom wordt gecontroleerd, zoals dat in ons onderzoek gebeurde, hebben we in de ons bekende literatuur niet kunnen ontdekken.

4.4.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen we eerst de somatische en psychosociale gezondheidsbelemmerende factoren bespreken, die we tijdens de observatieperiode van ons onderzoek ontdekten bij 230 patiënten. De diagnostiek tijdens het vervolgonderzoek volgt aan het einde van dit hoofdstuk (paragraaf 4.5).

Zoals vermeld in paragraaf 4.1 bespreken we tijdens de observatie gestelde diagnoses aan de hand van de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom bij de patiënten. Deze conclusie was na de observatie mogelijk bij 156 van de 230 patiënten:

- 36 patiënten hadden geen dementieel syndroom;
 - 120 patiënten hadden een irreversibel dementieel syndroom.
- Bij 22 van de 230 patiënten was een conclusie onmogelijk, omdat zij overleden tijdens de observatieperiode. Bij 52 van de 230 patiënten twijfelden we na de observatie over het al of niet reversibel zijn van het dementiële syndroom:
- bij 11 patiënten was psychologisch testen onmogelijk;
 - bij 41 patiënten bestonden (nog) lichte gedragsstoornissen.

We besloten na de observatie aan deze 52 patiënten het voordeel van de twijfel te geven en hen, indien de aard van de gedragsstoornissen dat toeliet, niet over te plaatsen naar een psychogeriatrisch verpleeghuis. Bij het vervolgonderzoek na 1 jaar concludeerden we bij hen op grond van alle verzamelde gegevens tot het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom (zie paragraaf 4.2.2.2):

- 35 patiënten hadden een reversibel dementieel syndroom;
- 16 patiënten hadden een irreversibel dementieel syndroom;
- bij een patiënt bleef een conclusie onmogelijk door een ernstige psychose.

Bij de 156 patiënten, bij wie na de observatie reeds een conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom mogelijk was geweest, bleef deze conclusie tijdens het eerste jaar van het vervolgonderzoek ongewijzigd.

We besloten af te zien van ingewikkelde en lange besprekingen van de multidisciplinaire diagnostiek in relatie tot de indeling in 5 groepen na de observatie, doch deze diagnostiek te bespreken in relatie tot de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom:

- 71 patiënten (30,9%) hadden een reversibel dementieel syndroom (groep A);
- 136 patiënten (59,1%) hadden een irreversibel dementieel syndroom (groep B);
- bij 23 patiënten (10,0%) was een conclusie onmogelijk (groep C).

We beginnen met de bespreking van een aantal algemene gegevens als vervolg op paragraaf 4.2.1 en vervolgen met de door het multidisciplinaire observerende team bij de 230 patiënten gevonden somatische en psychosociale gezondheidsbelemmerende factoren.

4.4.2 Algemene gegevens

Geslacht

In deze studie zijn 125 vrouwen (54,3%) en 105 mannen (45,7%) opgenomen. De verdeling van de conclusies ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van een dementieel syndroom over de geslachten (zie tabel 4.29) lijkt ongelijk en wel in die zin, dat bij vrouwen vaker een irreversibel en bij mannen vaker een reversibel dementieel syndroom voorkomt. Deze afwijking van de verwachte verdeling is echter niet significant (Chi-kwadraat: $p=0,12$).

Tabel 4.29 Geslacht van 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementiële syndromen

	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	Totaal
Vrouwen	34(47,9%)	82(60,3%)	9(39,1%)	125(54,3%)
Mannen	37(52,1%)	54(39,7%)	14(60,9%)	105(45,7%)
Totaal	71(100,0%)	136(100,0%)	23(100,0%)	230(100,0%)

Duur van het bestaan van een dementieel syndroom

Op een significante relatie van de duur van het bestaan van een dementieel syndroom met de reversibiliteit van datzelfde syndroom werd reeds gewezen in paragraaf 4.2.2.1, in paragraaf 4.2.5 en in tabel 4.28. In tabel 4.30 wordt de gemiddelde bestaansduur in maanden weergegeven in relatie tot de conclusie ten aanzien van het al of niet bestaan van een dementieel syndroom.

Tabel 4.30 Gemiddelde duur van het bestaan van een dementieel syndroom (in maanden) vóór de observatie bij 228 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom.

	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (134 patt.)	Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (228 patt.)
Gem. duur in maanden	13,4	35,4	16,7	26,7
Standaard- deviatie	15,8	24,9	17,1	24,1

Bij enkelvoudige variantie-analyse blijkt er een zeer sterk significant verschil te bestaan tussen de scores van patiënten met een reversibel en de scores van patiënten met een irreversibel dementieel syndroom: $p < 0,0001$.

Uit de literatuur is ons een dergelijk gegeven niet bekend. Slechte Van Wersch-van der Spek (1980) suggereert, dat de resultaten bij de patiënten in haar onderzoek gunstiger hadden kunnen zijn, indien de wachttijden vóór onderzoek korter waren geweest.

Het is onze overtuiging, daarin gesteund door de cijfers uit de tabellen 4.28 en 4.30, dat de kans op reversibiliteit van een dementieel syndroom sterk toeneemt, naarmate de patiënt sneller ná het ontstaan ervan multidisciplinair wordt onderzocht.

De duur van het bestaan van het dementieel syndroom vóór observatie was bij mannen en vrouwen nagenoeg gelijk: resp. gemiddeld 27,7 en 26,4 maanden ($p = 10,69$), zodat hieruit geen verklaring gevonden kan worden voor vorengenoemd verschil tussen beide geslachten.

Woonsituatie

De woonsituatie vóór observatie in relatie tot de conclusies over het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen wordt weergegeven in tabel 4.31. De verdeling van deze conclusies naar woonsituatie komt nagenoeg overeen met de verdeling naar woonsituatie van de totale populatie van 230 patiënten. De kans op reversibel-zijn van een dementieel syndroom lijkt groter te zijn, naarmate de zelfstandigheid in woonsituatie hoger is, maar voor een conclusie in deze zijn de aantallen, met name die van verzorgingshuizen (6 patiënten), te klein.

Tabel 4.31 Woonsituatie in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van het dementiële syndroom bij 230 patiënten

	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	Totaal
Alleenwonend (thuis)	21(29,6%)	33(24,3%)	3(13,0%)	57(24,8%)
Inwonend (thuis)	43(60,6%)	76(55,9%)	10(43,5%)	129(56,1%)
Servicewoning	1(1,4%)	1(0,7%)	-	2(0,9%)
Verzorgingshuis	6(8,4%)	23(16,9%)	7(30,5%)	36(15,6%)
Somatisch verpleeghuis	-	1(0,7%)	3(13,0%)	4(1,7%)
Onbekend	-	2(1,5%)	-	2(0,9%)
Totaal	71(100,0%)	136(100,0%)	23(100,0%)	230(100,0%)

Sociale klasse

Bij de verdeling in sociale klassen zijn we uitgegaan van het vroegere beroep van de patiënt of (bij huisvrouwen) van het vroegere beroep van hun echtgenoot. De indeling is gebaseerd op de volgende beroepenverdeling:

- Hogere klasse: academici, hogere ambtenaren, grote zelfstandige ondernemers.
- Middenklasse: middelbare opleidingen, kleine zelfstandige ondernemers (middenstand) en lagere ambtenaren.
- Lagere klasse: handarbeiders (geschoold en ongeschoold), kleine landbouwers.

Ofschoon wij geen vergelijking met de indeling in sociale klassen van de totale bevolking van Nederland of van die van het gebied, waaruit onze patiënten kwamen maakten, vermelden wij, dat uitgaande van deze indeling 15 patiënten tot de hogere klasse (6,5%), 93 patiënten tot de middenklasse (40,4%) en 119 patiënten (51,9%) tot de lagere klasse behoorden. Tenslotte was bij 3 patiënten (1,3%), door gebrek aan hetero-amnestische gegevens, een indeling in sociale klassen niet mogelijk.

Tabel 4.32 geeft de indeling weer in sociale klassen in relatie tot de conclusie over het al of niet reversibel zijn van een dementieel syndroom. Zoals uit de tabel blijkt, komen reversibele en irreversibele syndromen bij vermeend psychogeriatrische patiënten in de 3 sociale klassen nagenoeg even frekwent voor.

Tabel 4.32 Indeling van 227 patiënten in sociale klassen in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom.

	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	Totaal
Hogere klasse	4 (5,6%)	11 (8,2%)	-	15 (6,6%)
Middenklasse	30 (42,3%)	54 (40,3%)	9 (40,9%)	93 (41,0%)
Lagere klasse	37 (52,1%)	69 (51,5%)	13 (59,1%)	119 (52,4%)
Totaal	71 (100,0%)	134 (100,0%)	22 (100,0%)	227 (100,0%)

Woonplaats

Tabel 4.33 geeft de plaats van herkomst weer in relatie tot de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom.

De plaats van herkomst verdeelden we in grote steden (meer dan 100.000 inwoners), middelgrote steden (20.000-100.000 inwoners) en het platteland (minder dan 20.000 inwoners per plaats).

De kans op reversibiliteit van een dementieel syndroom lijkt groter, naarmate de plaats van herkomst groter is. Dit verschil in reversibiliteit van dementiële syndromen tussen steden (groot en middelgroot samen, vanwege het lage aantal patiënten uit middelgrote steden) en platteland is sterk significant (Chi-kwadraat: $p < 0,005$).

Tabel 4.33 Woonplaats van 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom.

	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	Totaal
Grote stad	54 (76,1%)	85 (62,5%)	13 (56,5%)	152 (66,1%)
Middelgrote stad	9 (12,7%)	16 (11,8%)	2 (8,7%)	27 (11,7%)
Platteland	8 (11,2%)	35 (25,7%)	8 (34,8%)	51 (22,2%)
Totaal	71 (100,0%)	136 (100,0%)	23 (100,0%)	230 (100,0%)

Ook de duur van het bestaan van het dementiële syndroom vóór de observatie laat verschillen zien tussen patiënten naargelang de plaats van herkomst: gemiddeld voor grote steden 25,7 maanden, voor middelgrote steden 25,2 maanden en voor het platteland 31,5 maanden (totaal gemiddelde: 27,0 maanden).

Hoewel dit verschil niet significant is (enkelvoudige variantie-analyse $p=0,3$), lijkt ons de combinatie van het langdurig bestaan van het dementieel syndroom met het significante verschil in reversibiliteit van dementiële syndromen tussen platteland en steden ten nadele van het platteland, de stelling, dat patiënten met een dementieel syndroom zo spoedig mogelijk na het ontstaan hiervan multidisciplinair moeten worden onderzocht, te ondersteunen. Dat bejaarden met gedragsstoornissen op het platteland langer thuis kunnen blijven dan in steden, leek ons te komen én door de grotere stabiliteit van het platteland (weinig wijzigingen in bewoners en in de omgeving), waardoor de desoriëntatie langer verborgen blijft, en door de grotere tolerantie van de bevolking.

Dementie in de familie

Via hetero-anamnese bij familieleden en huisartsen werd voor alle patiënten nagegaan of dementiële beelden in hun familie voorkwamen. In vele gevallen bleek het onmogelijk dit na te gaan, óf omdat de nog levende familieleden over te weinig informatie beschikten, óf omdat het dubieus was of de gemelde ziektebeelden als dementieel syndroom geduid konden worden.

Tabel 4.34 toont onder A. het voorkomen van dementiële syndromen bij één of beide ouders van onze patiënten en onder B. het voorkomen van dementiële syndromen bij een of meer broers en/of zusters van onze patiënten. Gegevens over familieleden van verdere graad waren zo dubieus, dat we deze niet in beschouwing hebben genomen.

Tabel 4.34 Dementie in de familie bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

A. Dementie bij ouders

	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	Totaal
Aanwezig met zekerheid	5(7,1%)	19(14,0%)	2(8,7%)	26(11,3%)
Aanwezig op dubieuze gegevens	10(14,1%)	24(17,7%)	2(8,7%)	36(15,7%)
Afwezig met zekerheid	53(74,6%)	75(55,1%)	15(65,2%)	143(62,2%)
Onbekend	3(4,2%)	18(13,2%)	4(17,4%)	25(10,8%)
Totaal	71(100,0%)	136(100,0%)	23(100,0%)	230(100,0%)

B. Dementie bij broers en/of zusters

Aanwezig met zekerheid	4(5,6%)	13(9,5%)	3(13,1%)	20(8,7%)
Afwezig met zekerheid	54(76,1%)	90(66,2%)	15(65,2%)	159(69,1%)
Geen broers/zusters	5(7,0%)	5(3,7%)	-	10(4,4%)
Onbekend	8(11,3%)	28(20,6%)	5(21,7%)	41(17,8%)
Totaal	71(100,0%)	136(100,0%)	23(100,0%)	230(100,0%)

Slechts bij 26 van onze 230 patiënten (11,3%) had een van de ouders geleden aan een dementieel syndroom. Zoals verwacht, werd dit minder vaak gezien bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (5 van de 71 patiënten: 7,1%) dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (19 van de 136: 14,0%). Iets dergelijks zien we bij dementiële syndromen bij broers en zusters van de patiënten. Hier komt slechts bij 20 patiënten (8,7%) familiair dementie voor; bij 4 van de 71 patiënten (5,6%) met een reversibel dementieel syndroom en bij 13 van de 136 patiënten (9,5%) met een

irreversibel dementieel syndroom.

Bij 62,2% van alle patiënten kwam met zekerheid géén dementie voor bij hun ouders. Ook hier voldoet de percentageverdeling over de patiënten aan de verwachting: hoger bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom en lager bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (zie tabel 4.34).

Deze cijfers wijken sterk af van de door Sipsma e.a. (1972) gepubliceerde cijfers. Deze auteurs vonden een specifieke heredititeit (eerste en tweede graad) bij 73% van de demente bejaarden en bij 13% van de niet-demente bejaarden; in ons onderzoek resp. 14,0% en 7,1%. Met zekerheid afwezige dementiële heredititeit bestond in ons onderzoek bij patiënten met reversibele dementiële syndromen in 74,6% en bij patiënten met irreversibele dementiële syndromen in 55,1%. Opvallend in ons onderzoek is het hoge percentage onbekende of dubieuze gegevens over heredititeit, hetgeen berust op de, reeds vermelde, schaarse hetero-amnestische gegevens.

4.4.3 Diagnostiek

Multidisciplinaire diagnostiek is de verzameling van gezondheidsbelemmerende factoren van somatische en psychosociale aard, die bij de geobserveerde patiënten door het multidisciplinaire team werden gevonden. Uitgangspunt bij onze diagnostiek was, zoals beschreven in hoofdstuk I, het model van "het wankеле evenwicht" (Sipsma, 1973) en de daarbij behorende multiple kwetsbaarheid van bejaarden. Observerend vanuit dit uitgangspunt zijn we er ons terdege van bewust hoe betrekkelijk de observatiebevindingen zijn bij het zoeken naar een causale relatie met het dementiële syndroom. Een afwijking, die bij de éne patiënt gepaard gaat met een dementieel syndroom, doet zulks bij een andere patiënt niet. Bovendien kunnen bepaalde afwijkingen, indien zij gedurende lange re tijd onbehandeld blijven, o.i. leiden tot irreversibele secundaire cerebrale beschadigingen. Zij leiden dan tot een irreversibel dementieel syndroom, niet tot de ziekte van Alzheimer.

Bij het beschrijven van de diagnostiek als observatieresultaat beperken we ons tot een opsomming van de gevonden gezondheidsbelemmerende factoren van somatische en psychosociale aard, daarbij

zoveel mogelijk de indelingen van oorzaken volgend, zoals beschreven in paragraaf 1.2.3. We noteren slechts de afwijkingen, waarvan het bestaan vóór de observatieperiode onbekend was plus de afwijkingen, die - hoewel bekend - vóór de observatieperiode inadekwaat behandeld werden.

De verdeling van de diagnoses over de 230 patiënten zullen we per diagnose bespreken in relatie tot de conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen. Indien de procentuele verdeling naar de conclusies over de reversibiliteit duidelijk afwijkt van de totale procentuele verdeling, geven we, indien relevant, statistische berekeningen weer.

Tijdens de multidisciplinaire observatie werden bij de 230 patiënten gemiddeld 5,3 diagnoses per patiënt gesteld, variërend van 1 tot 10 diagnoses. Bij de 71 patiënten met een reversibel dementieel syndroom werden gemiddeld 5,4 diagnoses gesteld, bij de 136 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom gemiddeld 5,0 nieuwe diagnoses en bij de 23 patiënten, bij wie een conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom onmogelijk was, gemiddeld 6,1 diagnoses. Dit hogere gemiddelde aantal diagnoses bij de laatstgenoemde 23 patiënten was niet verwonderlijk, daar 22 van hen dermate ernstig ziek waren, dat zij voor het einde van de observatie overleden.

We verdeelden de diagnoses in 8 groepen, zoals weergegeven in tabel 4.35. Zoals blijkt uit deze tabel, is iedere patiënt van onze 230 patiënten bij een of meer diagnosegroepen ingedeeld.

De verdeling van de diagnoses over de patiënten in relatie tot het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom blijkt nauwelijks af te wijken van de verdeling van de diagnoses over de totale populatie van 230 patiënten.

Psychosociale problematiek komt bij patiënten met reversibele dementiële syndromen vaker voor dan bij patiënten met irreversibele dementiële syndromen. Bij de laatste groep patiënten is het vaststellen van psychosociale problematiek echter dikwijls moeilijk vanwege het dementieel syndroom met zijn veelvuldig voorkomende

Tabel 4.35 Diagnosen bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

Diagnose- groepen	Aantallen (%):			Totaal (230 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)	Conclusie onmogelijk (23 patt.)	
1. Psychosociale problemen	61(85,9)	81(59,6)	11(47,8)	153(66,5)
2. Toxisch- metabool				
A. Endogeen	30(42,3)	47(34,6)	20(89,9)	97(42,2)
B. Exogeen	24(33,8)	32(23,5)	4(17,4)	60(26,1)
3. Hypoxie				
A. Hematologie	25(35,2)	43(31,6)	11(47,8)	79(34,3)
B. Hypotensie	4(5,6)	4(2,9)	-	8(3,5)
C. Cardiaal	25(35,2)	37(27,2)	4(17,4)	66(28,7)
D. Pulmonaal	13(18,3)	23(16,9)	10(43,5)	46(20,0)
4. Deficiënties (vitamines)	14(19,7)	32(23,5)	8(34,8)	54(23,5)
5. Infecties	27(38,0)	40(29,4)	14 60,9)	81(35,2)
6. Tumoren	6(8,5)	7(5,1)	6(26,1)	19(8,3)
7. Neurologische afwijkingen	23(32,4)	81(59,6)	13(56,3)	117(50,9)
8. Immobilititeit	37(52,1)	40(29,4)	20(86,9)	97(42,2)

kritiek- en oordeelstoornissen en vanwege het daardoor ontbreken van een betrouwbare auto-anamnese.

Overige voorkomende verschillen, die meer objectief vast te stellen zijn, zullen in de nu volgende paragrafen aan de orde komen bij de bespreking van elke diagnosegroep afzonderlijk.

4.4.3.1 Psychosociale problemen

In totaal bestond er bij 153 van de 230 patiënten (66,5%) een of andere vorm van psychosociale problematiek. Dit percentage is nog hoger dan bij de 474 poliklinisch gescreende psychogeriatrische patiënten in een studie van Fuldauer e.a. (1980): daar

stond bij ongeveer 50% van de patiënten psychosociale problematiek. Helaas is verdere vergelijking onmogelijk, omdat Fuldauer e.a. geen verdere onderverdeling of uitwerking beschrijven.

Wij gebruiken een onderverdeling in 9 diagnoses (zie tabel 4.36):

1. Sociaal Isolement

Vereenzaming gepaard gaande met gedragestoornissen vóór de observatieperiode bleek bij bijna de helft van de aangeboden patiënten in meer of mindere mate voor te komen; bij 99 van de 230 patiënten (43,0%). De betrokken patiënten ontwikkelden door gebrek aan sociale contacten gedragsstoornissen, vergelijkbaar met die bij een hospitalisatiesyndroom (zie paragraaf 1.2.3). Er bleek hierbij, zoals te verwachten was, een duidelijke relatie te bestaan tussen het voorkomen van sociaal isolement met de burgerlijke staat en met de verblijfplaats van de patiënt vóór de observatie. Van de 72 gehuwde patiënten kwam slechts bij 20 (27,8%) sociaal isolement voor, waarvan bij 16 een duidelijke relatiestoornis met de levenspartner mede oorzaak was.

Bij 158 patiënten, die geen levenspartner (meer) hadden, constateerden we in 79 gevallen (50,0%) sociaal isolement.

Het voorkomen van sociaal isolement in relatie tot de verblijfplaats vóór de observatie vertoonde duidelijke verschillen tussen inwonende en alleenwonende patiënten. Van de 129 inwonende patiënten leefden er 35 in sociaal isolement (27,1%). Van de 57 patiënten, die zelfstandig thuis woonden, verkeerden er 37 in sociaal isolement (64,9%). Opvallend is verder, dat van de 36 patiënten, die vóór het onderzoek in een verzorgingshuis verbleven, 22 patiënten (61,1%) daar in sociaal isolement terecht gekomen waren.

Tenslotte werd sociaal isolement vrij frekwent versterkt door een relatiestoornis met familieleden of door alcoholabusus. Bij 16 van de 230 patiënten (6,9%) bestond er een relatiestoornis met de levenspartner, bij 22 patiënten (9,6%) bestond er een relatiestoornis met de kinderen en bij 12 patiënten (5,2%) met (meestal inwonende) andere familieleden. Alcoholabusus met gedragestoornissen kwam bij 10 van de 230 patiënten (4,3%) voor.

Tabel 4.36 Het vóórkomen van psychosociale problematiek bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (n):			
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)	Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
<u>Géén psychosociale problematiek:</u>	10(14,1)	55(40,4)	12(52,2)	77(33,5)
<u>Problematiek:</u>				
1. Sociaal isolement	38(53,5)	56(41,2)	5(21,7)	99(43,0)
2. Depressie	35(49,3)	13(9,6)	4(17,4)	52(22,6)
3. Auditieve deprivatie	15(21,1)	15(11,0)	3(13,0)	33(14,3)
4. Visuele deprivatie	8(11,3)	11(8,1)	2(8,7)	21(9,1)
5. Debiliteit	7(9,9)	2(1,5)	-	9(3,9)
6. Paranoid- hallucinatoir syndroom	3(4,2)	8(5,9)	-	11(4,8)
7. Manisch-afvoer syndroom	1(1,4)	-	-	1(0,4)
8. Defectechizo- frenie	1(1,4)	-	1(4,3)	2(0,9)
9. Hysteriform syndroom	3(4,9)	1(0,7)	-	4(1,7)

Patiënten met een reversibel dementieel syndroom leefden, zoals blijkt uit tabel 4.36, vaker in sociaal isolement (53,5%) dan patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (41,2%). De verschillen zijn niet extreem groot en wellicht zou het aantal patiënten met een irreversibel dementieel syndroom, die in sociaal isolement leefden, groter zijn geweest als we deugdelijke anamneses hadden kunnen verkrijgen.

Wel kunnen we o.i. concluderen, dat kwetsbare bejaarden nergens beter kunnen verblijven dan thuis in een gezin of thuis inwonend bij familie. Elke andere woonvorm (ook het verzorgingshuis) lijkt voor deze bejaarden te snel tot een sociaal isolement te leiden.

2. Depressie

De diagnose depressie werd, in overleg met de psychiater, frekwent gesteld, vooral als reactieve depressie. In totaal kwam bij 52 van

de 230 patiënten (22,6%) depressie voor (zie tabel 4.36). Bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom bestond veel vaker een depressie (35 van de 71 patiënten: 49,3%), dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (13 van de 136 patiënten: 9,6%) en dan bij de patiënten, bij wie een conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom onmogelijk was (4 van de 23 patiënten: 17,4%).

De verdeling naar oorzaken van depressies (zie tabel 4.37) is als volgt: bij 16 patiënten (13,8%) was er sprake van een onvoltooid rouwproces, bij 25 patiënten (48,1%) bestond een andere vorm van reactieve depressie, een endogene depressie kwam bij 7 patiënten voor (13,5%) en bij 4 patiënten (7,7%) bestond een iatrogene depressie (bij allen ten gevolge van het geneesmiddel reserpine).

Tabel 4.37 Oorzaken van depressie bij 52 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

Oorzaken:	Aantal patiënten (%):			Totaal
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	
1. Onvoltooid rouwproces	13(37,1)	2(15,4)	1(25,0)	16(30,8)
2. Reactieve depressie	15(42,9)	8(61,5)	2(50,0)	25(48,1)
3. Endogene depressie	3(8,6)	3(23,1)	1(25,0)	7(13,5)
4. Iatrogene depressie	4(11,4)	-	-	4(7,7)
Totaal	35(100,0)	13(100,0)	4(100,0)	52(100,0)

Behalve bij het onvoltooid rouwproces, bleek er geen relatie te bestaan tussen depressie en burgerlijke staat of verblijfplaats vóór de observatie.

De antidepressieve therapie bestond, behalve bij iatrogene

depressies, uit antidepressiva gecombineerd met psychotherapeutische maatregelen in de zin van psychologische (en zo nodig psychiatrische) adviezen aan patiënten, familieleden en het behandelend team, ondermeer tijdens teambesprekingen en tijdens groepsbesprekken met patiënten en met familieleden onder leiding van de psycholoog. Antidepressiva bleken vaak slechts gedurende een korte periode noodzakelijk te zijn.

Na behandeling bleken, met het verdwijnen van de tekenen van de depressie, vaak ook de gedragsstoornissen verdwenen te zijn. Van de 52 depressieve patiënten was bij 35 het dementieel syndroom reversibel (67,3%), bij 13 irreversibel (25,0%) en bij 4 (7,7%) was de reversibiliteit van het dementieel syndroom niet te bepalen: in 3 gevallen door overlijden, in een geval door een ernstig psychiatrisch ziektebeeld (een combinatie van een endogene depressie en een defectschizofrenie).

Uit het bovenstaande blijkt o.i. dat een depressie vaak verward werd met een dementieel syndroom.

Bij 4 van de 5 patiënten uit onze studie, die reserpine gebruikten, verdween na het staken van die medicatie de depressie. Deze was bij al deze 4 patiënten ten onrechte voor een dementieel syndroom aangezien.

Hoewel vele auteurs (zie paragraaf 1.2.3) aan depressie een belangrijke rol toekennen bij de oorzaken van reversibele dementiële syndromen zijn er ons geen cijfers bekend, waarmee wij de onze kunnen vergelijken.

3. Auditieve deprivatie

Wij vonden bij 33 van de 230 patiënten (14,3%), mede door middel van audiometrie, gehoorsstoornissen van ernstige aard. Bij 10 van hen werden deze veroorzaakt door cerumenproppen beiderzijds. Voor de overige 22 patiënten werd gehoorapparatuur nodig geacht, doch het lukte slechts bij 12 van hen hiermee een gehoorsverbetering te verkrijgen. Bij de andere 10 patiënten mislukte het aanmeten van een gehoorapparaat; bij 2 door totale doofheid, bij 8 door het onvermogen met de aangemeten apparatuur om te gaan.

Gehoorsstoornissen kwamen bij 15 van de 71 patiënten (21,1%) met een reversibel dementieel syndroom voor; bij 7 van hen door

cerumenproppen (zie tabel 4.36). Bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom werden minder vaak gehoorestoornissen vastgesteld, n.l. bij 15 van de 136 patiënten (11,1%).

4. Visuele deprivatie

Bij 21 van de 230 patiënten (9,1%) kwamen visusstoornissen van ernstige aard voor. Slechts bij 6 van hen konden we door het aanmeten of corrigeren van brillen een verbetering van de visus bereiken. Het gelukte 2 anderen zich door oefening aan de visusbeperking aan te passen. Bij al deze 8 patiënten bleek het dementieel syndroom van reversibele aard te zijn.

Bij de overige 13 patiënten lukte een brilaanpassing niet ten gevolge van een te ernstige visusstoornis en/of een onvermogen door het irreversibele dementieel syndroom zelf de brilaanpassing te kiezen (zie tabel 4.36).

Zowel auditieve als visuele deprivatie zou waarschijnlijk vaker als diagnose zijn gesteld bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom, als zij allen goed te onderzoeken waren geweest. Bij patiënten met een hoge graad van gedragstoornissen is onderzoek van visus en gehoor vaak onmogelijk.

5. Debiliteit

Bij 9 van de 230 patiënten (3,9%) concludeerden we, mede op grond van psychologische testen, tot het bestaan van debiliteit. Bij 7 van hen (77,8%) bleek er geen dementieel syndroom te bestaan.

Van Wersch-van der Spek (1980) vond in haar poliklinische studie van 144 vermeend psychogeriatrische patiënten in 27 gevallen geen dementieel syndroom. Bij deze 27 patiënten waren 2 zwakbegaafden (7,4%). Het resultaat in onze studie: 7 zwakbegaafde patiënten bij 71 patiënten zonder dementieel syndroom (9,9%), is met dit percentage vergelijkbaar.

Evenals bij depressiviteit is ook bij debiliteit sterke waakzaamheid geboden, teneinde niet ten onrechte een dementieel syndroom aan te nemen.

6. Paranoïd-hallucinatoir syndroom

Dit syndroom diagnostiseerden wij bij 11 van de 230 patiënten (4,8%). Bij een van hen bestond tevens een visuele deprivatie

en bij een een auditieve deprivatie. Bij 8 van deze 11 patiënten (72,7%) bestond tevens sociaal isolement.

Bij slechts 3 van deze 11 patiënten, waaronder beide patiënten met een deprivatie, verdween onder invloed van de behandeling het paranoïd-hallucinatoire syndroom; alle 3 patiënten hadden een reversibel dementieel syndroom. Bij de 8 overige patiënten leek het paranoïd-hallucinatoire beeld een onderdeel te zijn van hun irreversibele dementiële syndroom.

7. Manisch-euforisch syndroom

Dit bestond er bij een patiënt (casus 7, paragraaf 4.6). Dit syndroom verdween geheel na het staken van de antidepressieve medicatie. Bij deze patiënte was het dementieel syndroom reversibel.

8. Defectschizofrenie

Deze diagnose werd bij 2 vrouwelijke patiënten gesteld. Bij een van hen slaagden we er, in samenwerking met de psychiater, in via blijvende medicamenteuze behandeling tot een remissie te geraken. Deze patiënte kon, zonder dementieel syndroom en adequaat functionerend, naar een afdeling groepsverzorging worden ontslagen. Bij de andere patiënte lukte het niet tot een remissie te geraken, zodat overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk was. Over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom kon bij deze patiënte geen uitspraak worden gedaan.

9. Hysteriform syndroom

Een hysteriform syndroom vonden wij bij 4 patiënten. Bij 3 van hen concludeerden we tot een reversibel, bij een tot een irreversibel syndroom.

4.4.3.2 Toxisch-metabole afwijkingen

Afwijkingen van toxisch-metabole aard kwamen zeer veelvuldig voor. We hebben deze groep onderverdeeld in endogeen en exogeen toxisch-metabole afwijkingen.

A. Endofoon

Een overzicht van endofoon toxisch-metabole afwijkingen bij 97 van de 230 patiënten (42,2%) wordt gegeven in tabel 4.38.

Tabel 4.38 Het voorkomen van endofoon toxisch-metabole afwijkingen bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)	Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
<u>Gden afwijkingen:</u>	41(57,7)	89(65,4)	3(13,0)	133(57,8)
<u>Afwijkingen:</u>				
1. Gangreen	1(1,4)	-	-	1(0,4)
2. Decubitus	2(2,8)	5(3,7)	6(26,1)	13(5,6)
3. (Sub)ileus	-	2(1,5)	1(4,3)	3(1,3)
4. Dehydratie	4(5,6)	15(11,0)	9(39,1)	28(12,2)
5. Ondervoeding	4(5,6)	15(11,0)	9(39,1)	28(12,2)
6. Urineretentie	-	3(2,2)	3(13,0)	6(2,6)
7. Nierfunctie- stoornis	10(25,4)	19(14,0)	9(39,1)	46(20,0)
8. Leverfunc- tiestoornis	9(12,7)	5(3,7)	7(30,4)	21(9,1)
9. Hypothyreoïdie	1(1,4)	2(1,5)	-	3(1,3)
10. Hyperthyreoïdie	-	-	2(8,7)	2(0,9)
11. Diabetes mel- litus:				
- coma dia- beticum	-	3(2,2)	2(8,7)	5(2,2)
- hypergly- kemie	1(1,4)	-	-	1(0,4)
- hypogly- kemie	2(2,8)	1(0,7)	1(4,3)	4(1,7)

1. Gangreen

Er werd ons een patiënt aangeboden met een dementieel syndroom en een ernstig gangreen van de gehele rechtersvoet. Van operatief ingrijpen was afgezien "in verband met de leeftijd en de ernstige dementie". In overleg met de internist hebben wij deze patiënt toch aan een chirurg overgedragen voor een amputatie, mede omdat uit de hetero-anamnese bleek, dat het dementiële syndroom na het ontstaan van pijnklachten in de rechtersvoet ongeveer 2 maanden tevoren was

begonnen en snel progressief verliep. Bij de terugplaatsing 10 dagen na de amputatie en na een verdere observatieperiode van 4 weken bleek er geen dementieel syndroom meer te bestaan. Deze patiënt verbleef nog gedurende 4 1/2 jaar zonder gedragsstoornissen in een somatisch verpleeghuis. Hij overleed aldaar ten gevolge van een vaatafsluiting in het andere been.

2. Decubitusulcera

Bij 13 van de 230 patiënten (5,6%) bestonden er bij hun opname op de observatie-afdeling ernstige decubitusulcera. Bij 6 van hen waren de ulcera en het aan de decubitus ten grondslag liggende lijden zo ernstig, dat zij overleden voordat de observatie voltooid kon worden. Bij de 7 overige patiënten genazen de decubitusulcera. Van deze 7 patiënten hadden er 2 een reversibel en 5 een irreversibel dementieel syndroom.

3. (Sub)ileus

Bij 3 patiënten werd meteen bij opname een vertraagde darmperistaltiek vastgesteld. Een van hen (een spoedopname wegens ernstige verwardheid) had een totale ileus. Laparotomie toonde een sigmoidcarcinoom. Deze patiënt overleed de derde postoperatieve dag. Bij de 2 andere patiënten werd binnen een week een laparotomie verricht. In beide gevallen werd een carcinoom in de tractus digestivus zonder aantoonbare metastasen gevonden en kon het carcinoom in toto worden verwijderd. Beide patiënten hadden een irreversibel dementieel syndroom.

4. Dehydratie

Bij 28 van de 230 patiënten (12,2%) vonden we uitdrogingsverschijnselen. Bij 4 van hen mede veroorzaakt door een overdosering van diuretica. Het stoppen van de diuretische medicatie en het toedienen van extra vocht leidde steeds tot normale hydratietoestanden, behalve bij 9 patiënten die in slechte conditie overleden voor het einde van de observatieperiode. Van de overige 19 patiënten hadden er 4 een reversibel en 15 een irreversibel dementieel syndroom. Bij deze laatste 15 patiënten moet men zich zeker afvragen of de dehydratie niet ontstond als gevolg van het dementiele syndroom in plaats van het omgekeerde.

5. Ondervoeding

Tekenen van ondervoeding vonden we bij 28 van de 230 patiënten (12,2%), zich onder andere uitend in hypoproteïnemie. Hetero-amenetisch was steeds sprake van voedselweigering en ernstige vermagering. Ook hier is de vraag of ondervoeding post aut propter het dementiële syndroom ontstond moeilijk te beantwoorden.

Bij 4 van de 28 patiënten met een ondervoeding bestond een reversibel en bij 15 een irreversibel dementieel syndroom, terwijl bij 9 patiënten de algehele toestand zo ernstig pathologisch was, dat zij overleden voor het einde van de observatieperiode van 4 weken (zie tabel 4.38). Hoewel de getallen anders suggereren, was er slechts bij 8 van deze 28 patiënten tevens een dehydratie in het geding.

6. Urineretentie

Tijdens de observatieperiode ontdekten we bij 6 patiënten een urineretentie, die catheteriseren noodzakelijk maakte. Bij 5 van hen bestond er een z.g. overloopincontinentie. De oorzaak van deze retentie was bij 2 patiënten een prostaathypertrofie, bij een een spastische tetraparese na meer dan een C.V.A. en bij 3 patiënten bleef de oorzaak onbekend door overlijden binnen de observatieperiode. Overigens was bij de 3 andere patiënten het dementieel syndroom irreversibel.

7. Nierfunctiestoornis

We constateerden bij 46 van de 230 patiënten (20,0%) nierfunctiestoornissen, aangetoond met serumgehalten aan ureum en kreatinine. Beleid van behandelen bij deze patiënten was het pogen oorzaken op te heffen (retentie, infecties, dehydratie). Bij een ureumgehalte van blijvende aard tussen 15 en 25 mmol/l. werd een lichte eiwitbeperking gegeven (40-60 gr.) en bij waarden boven 25 mmol/l. strenge eiwitbeperking (< 40 gr.) in een dieet van overigens hoogwaardige eiwitten. Nierfunctiestoornissen kwamen, zoals blijkt uit tabel 4.38, vaker voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (18 van de 71 patiënten: 25,4%) en bij patiënten, bij wie een conclusie over de reversibiliteit onmogelijk was (9 van de 23 patiënten: 39,1%) dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (19 van de 136 patiënten: 14,0%).

8. Leverfunctiestoornis

Tijdens de observatie werden bij 21 van de 230 patiënten (9,1%) leverfunctiestoornissen gevonden.

Deze leverfunctiestoornissen berustten op:

- decompensatio cordis bij 7 patiënten;
- levermetastasen bij 7 patiënten;
- overdosering psychofarmaca bij 3 patiënten;
- cholelithiasis bij 2 patiënten;
- chronische hepatitis bij 1 patiënt;
- alcoholabusus bij 1 patiënt;

Ook leverfunctiestoornissen kwamen vaker voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (9 van de 71: 12,7%) en bij patiënten, bij wie een conclusie over de reversibiliteit onmogelijk was (7 van de 23: 30,4%) dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (5 van de 136: 3,7%).

Slechts bij 5 patiënten, allen met een reversibel dementieel syndroom, verdwenen de leverfunctiestoornissen. Van deze 5 patiënten met reversibele leverfunctiestoornissen hadden er 2 psychofarmaca-overdosering, 2 decompensatio cordis en een alcoholabusus. Van de 7 patiënten, die overleden, hadden er 5 een decompensatio cordis, een psychofarmaca-overdosering en een levermetastasen.

Schouten (1979) vond bij 143 vermeend psychogeriatrische patiënten in 4,2% leverfunctiestoornissen. Daarenboven toonde hij bij 5,6% van de patiënten galblaaspathologie aan, die in onze studie bij 5 patiënten (2,2%) (2 cholelithiasis en 3 chronische infectie) voorkwam.

9 en 10. Schildklierpathologie.

In dit onderzoek werd de schildklierfunctie slechts op indicatie bepaald, en wel door middel van een T4-serumconcentratiebepaling (T4=Thyroxine). Indicaties voor deze bepaling waren:

- schildklieroperatie in de anamnese;
- atriumfibrillatie of sinustachycardie, sinusbradycardie;
- vermagering, adipositas;
- tremoren en/of hyperactiviteit, traagheid;
- cholesterolserumconcentratie < 4,5 of > 8,5 mmol/l;
- exophthalmus, enophthalmus;
- onverklaarbare diarree;

- onverklaarbare haaruitval;
- palpabel struma.

Op grond van een of meer van deze indicaties werd bij 35 van de 230 patiënten een T4-bepaling verricht, die bij 5 patiënten (2,2%) afwijkend was. Bij 3 patiënten werd een hypothyreoïdie gevonden en bij 2 patiënten een hyperthyreoïdie. Beide patiënten met een hyperthyreoïdie overleden binnen de observatieperiode aan cardiale problematiek. Van de 3 patiënten met een hypothyreoïdie was na behandeling van dit ziektebeeld door een internist/endocrinoloog bij een patiënt het dementieel syndroom reversibel en bij 2 patiënten irreversibel.

Bij klinische observatie van 143 patiënten vond Schouten (1979) in 5,6% schildklierpathologie (3,5% thyreotoxicosis en 2,1% hypothyreoïdie). Deze hoge percentages doen vermoeden, dat bepalen van de T4 wellicht op uitgebreidere schaal zou moeten geschieden dan op indicatie van de door ons genoemde symptomen.

11. Diabetes mellitus

Tenslotte bestond er binnen de groep endogeen toxisch-metabole afwijkingen bij 10 van de 230 patiënten (4,3%) een (ontregelde) diabetes mellitus:

- 5 patiënten waren bij opname in een coma diabeticum bij een tevoren niet bekende diabetes mellitus. In de hetero-anamnese van al deze patiënten werd een afnemende aanspreekbaarheid van de patiënt in de laatste weken voor de opname vermeld. Alle 5 patiënten werden met spoed overgeplaatst naar een interne afdeling van een algemeen ziekenhuis. Van hen overleden er 2 binnen een week. De 3 anderen toonden na terugplaatsing in het verpleeghuis weliswaar een duidelijke gedragsverbetering, maar er bleef een irreversibel dementieel syndroom bestaan. Bij hen is het coma diabeticum waarschijnlijk ontstaan ten gevolge van het dementieel syndroom.
- 4 patiënten met een bekende diabetes mellitus, allen behandeld met insuline, werden tijdens de eerste week van de observatie hypoglykisch. Bij een van hen betrof het een z.g. relatieve hypoglykemie (d.w.z. hypoglykemie-verschijnselen als sufheid, transpireren e.d. bij waarden, die meestal als normaal worden beschouwd). Deze patiënt vertoonde hypoglykemische verschijnselen

bij glucosewaarden beneden de 10 mmol/l. Een andere van de 4 patiënten met een hypoglykemie, ingestuurd onder de diagnose "periodes van ernstige verwardheid e.c.i." en ingesteld op 3 dd 15E gewone insuline, bleek tijdens de perioden van verwardheid hypoglykemisch ($< 2,0$ mmol/l.) te zijn. Bij beide patiënten verdween de hypoglykemie (al of niet relatief) na aanpassing van de insulinhoeveelheden en beiden behoorden tot de patiënten met een reversibel dementieel syndroom. Bij een andere patiënt bleek het dementieel syndroom irreversibel, ook na aanpassing van de insulinedosering. De vierde patiënte met een hypoglykemie overleed binnen 4 weken aan een bronchopneumonie, voordat een uitspraak over de reversibiliteit van haar dementieel syndroom mogelijk was.

- de laatste patiënt met een onregelde diabetes mellitus had een glucosedagkurve met hoge glucosewaarden. In overleg met de internist werden de glucosewaarden genormaliseerd, aanvankelijk via behandeling met insuline en later via behandeling met orale antidiabetica. Deze patiënt had een reversibel dementieel syndroom (casus 15, paragraaf 4.6).

Samenvattend (zie ook tabel 4.38) vonden we bij patiënten met een onregelde diabetes, dat:

- 30% overleed tijdens de observatie;
- 40% een reversibel dementieel syndroom had;
- 30% een irreversibel dementieel syndroom had.

Schouten (1979) vond bij 29,4% van zijn klinisch geobserveerde psychogeriatrische patiënten een diabetes mellitus. Hij vermeldde echter niet of het hier alleen tevoren onbekende gevallen betrof.

B. Exogeen

In tabel 4.39 geven we een overzicht van de exogeen toxisch-metabole afwijkingen, die wij tijdens de observatie vonden bij onze 230 patiënten. Het gaat hierbij in alle gevallen om overdosering van alcohol of van geneesmiddelen.

Tabel 4.39 Het voorkomen van exogeen toxisch-metabole afwijkingen bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom.

	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)	Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
<u>Eén afwijkingen:</u>	47(66,2)	104(76,5)	19(82,6)	170(73,9)
<u>Afwijkingen:</u>				
1. Alcoholabusus	5(7,0)	5(3,7)	-	10(4,3)
2. Overdosering van:				
- digitalis	11(15,5)	11(8,1)	2(8,7)	24(10,4)
- antihyper- tensiva	2(2,8)	2(1,5)	-	4(1,7)
- reserpine	4(5,6)	1(0,7)	-	5(2,2)
- diuretica	1(1,4)	3(2,2)	-	4(1,7)
- psycho- farmaca	6(8,5)	12(8,8)	2(8,7)	20(8,7)

1. Alcoholabusus

Deze diagnose werd reeds vermeld bij het sociale isolement. Bij 10 van de 230 patiënten (4,3%) was vóór de observatie sprake van alcoholabusus met ernstige gedragestoornissen. Alle 10 patiënten leefden in een sociaal isolement. Slechts bij een patiënt constateerden wij tevens leverfunctiestoornissen, overigens van voorbijgaande aard.

Bij alle patiënten werd het alcoholgebruik gereguleerd. Van de 10 patiënten behoorden er 5 tot de groep van 71 patiënten met een reversibel dementieel syndroom en eveneens 5 tot de groep van 136 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (zie tabel 4.39).

2. Geneesmiddelenoverdosering

Bij 50 van de 230 patiënten (21,7%) vonden wij bij opname voor observatie een overdosering aan geneesmiddelen. Bij een aantal patiënten betrof het meer dan een geneesmiddel tegelijkertijd.

Schouten (1979) vond bij 143 patiënten een percentage met een medicijnintoxicatie van 5,6. Ook hier echter is verdere vergelijking van onze cijfers met de zijne onmogelijk, omdat hij geen

verdere differentiatie geeft. In de studie van Fuldauer e.a. (1980) werden in 15% van de 474 poliklinisch gescreende patiënten vraagtekens bij de medicatie gezet. Ook hier echter ontbreekt een verdere differentiatie, zodat vergelijking onmogelijk is.

Bij 24 van de 230 geobserveerde patiënten (10,4%) bestond een overdosering met digitalispreparaten. Bij geen van hen waren er op het ECG tekenen van atriumfibrilleren te zien. Zij waren volgens de medische voorgeschiedenis gedigitaliseerd wegens decompensatio cordis. Bij deze 24 patiënten vonden we diverse tekenen van digitalisintoxicatie, die zijn weergegeven in tabel 4.40.

Tabel 4.40 Tekenen van digitalisoverdosering bij 24 patiënten

<u>Symptomen:</u>	Aantal patiënten (%):
Desoriëntatie	24(100,0)
Onrust	7(29,2)
Misselijkheid/braken	5(20,8)
Paranoïd-hallucinatoir syndroom	2(8,3)
ECG-afwijkingen:	
- bradycardie (< 60 slagen/min.)	3(12,5)
- extrasystolen	6(25,0)
- atrioventriculaire dissociatie	3(12,5)
- 1e-gradige atrioventriculaire blok	7(29,2)

Al deze 24 patiënten vertoonden bij opname een dementieel syndroom met desoriëntatie. Bij 7 van hen (29,2%) was er tevens sprake van ernstige onrust. Bij 2 patiënten (8,3%) bestond een paranoïd-hallucinatoir syndroom. Misselijkheid kwam voor bij 5 patiënten (20,8%), waarvan 2 met braken. Bij 19 patiënten (79,2%) waren er tekenen van een digitalisintoxicatie op het electrocardiogram (ECG) te zien.

Na het staken van de digitalis verdwenen bij alle patiënten de tekenen van digitalisintoxicatie op het ECG. Bij 5 patiënten verdween de onrust en verwardheid met het staken van de digitalis, het paranoïd-hallucinatoire syndroom "genas" bij beide patiënten en de misselijkheid verdween bij allen.

Slechts 3 van de 24 patiënten bleken later, in verband met het ontstaan van een atriumfibrillatie, toch weer digitalis te behoeven, zij het in een lagere dosering dan tevoren. Bij een van hen was een dosering van 3 maal per week 0,125 mg. digoxine voldoende tegen het atriumfibrilleren, zonder dat er bijwerkingen ontstonden. Bij geen van deze 3 patiënten was uit de hetero-anamnese of uit het medisch dossier van de huisarts het bestaan van atriumfibrilleren bekend geworden.

Een patiënte werd twee maal bij ons opgenomen met ernstige verwardheid en een paranof-d-hallucinatoir syndroom. Deze patiënte werd na ontelag weer gedigitaliseerd in verband met een decompensatio cordis en ook bij de tweede opname verdwenen alle symptomen (verwardheid, hallucinaties en paranofa) na het staken van de digitalis. De decompensatio cordis bleek in het verpleeghuis goed regelbaar met zoutarm dieet en diuretica (casus 16, paragraaf 4.6).

De in onze studie geconstateerde psychische klachten bij digitalisintoxicatie werden ook gevonden in het onderzoek van Lely (1972). Hij zag bij digitalisintoxicatie in 57% psychische klachten, en wel: onrust, dromen, slapeloosheid, sufheid, amnesie, convulsies, desoriëntatie, hallucinaties, illusies en delirium. Met name bij bejaarden, aldus Lely, is de kans op digitalisintoxicatie door de nierfunctievermindering, door myodegeneratio cordis en door frekwent voorkomende vermagering verhoogd. Tevens is de kans op digitalisintoxicatie hoger, omdat de totale hoeveelheid uitwisselbaar kalium daalt met de leeftijd (Cox en Shalaby, 1981), terwijl de kans op digitalisintoxicatie stijgt met het dalen van het kaliumgehalte.

Overdosering van digitalis kwam vaker voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (15,5%) dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (8,1%). Voor statistische bewerking zijn de aantallen echter te klein.

Overdosering van diuretica kwam voor bij 4 patiënten, zich bij allen uitend in tekenen van dehydratie en in een hypokaliëmie ($< 3,5$ mmol/l.). Alle 4 deze patiënten waren behandeld met chloorthalidon. Na het staken van dit diureticum verdwenen alle symptomen. Het dementieel syndroom was bij een patiënt reversibel en bij 3 patiënten irreversibel. Een daling van het kaliumgehalte is zo nauw

verbonden met het gebruik van dit (overigens uitstekende) diureticum, dat Van Kalmthout e.a. (1983) de therapietrouw bij gebruikers van chloorthalidon beter konden aantonen met de kaliumdaling in het serum dan met de serumconcentratie van het geneesmiddel zelf.

Een overdosering aan antihypertensiva (exclusief reserpine) constateerden we bij 4 patiënten, zich in alle gevallen uitend in een hypotensie. Na het staken of verlagen van de antihypertensiva verdween de hypotensie. Twee patiënten hadden een reversibel en twee een irreversibel dementieel syndroom.

Overdosering van reserpine bespreken we apart van de overige antihypertensiva, omdat dit preparaat bekend is om zijn psychofarmacologische werking én om zijn depressieve bijwerking. Overdosering kwam voor bij alle 5 patiënten (2,2%) die reserpine gebruikten. Bij 4 van hen bestond een iatrogene depressie (zie paragraaf 4.4.3.1) en bij 3 een orthostatistische hypotensie. Na het stoppen van de reserpinemedicatie verdwenen in alle gevallen zowel de depressie als de orthostatistische hypotensie. Slechts bij één patiënt was een andere vorm van antihypertensieve therapie noodzakelijk. De patiënt met slechts een orthostatistische hypotensie had een irreversibel dementieel syndroom. De 4 patiënten met een reserpinedepressie - 2 van hen hadden tevens een orthostatistische hypotensie - hadden een reversibel dementieel syndroom.

Bij 20 van de 230 patiënten (8,7%) bestond een overdosering met psychofarmaca. De diversiteit van gebruikte preparaten was groot. Bij 5 van hen uitte zich de overdosering in vrij ernstige symptomen van Parkinsonisme. Bij alle 20 was er sprake van versuffing, ernstige inactiviteit en passiviteit en beperkte mobiliteit. Het lukte bij ieder van de 20 patiënten door het staken of door het verminderen van deze medicatie de bijwerkingen te doen verdwijnen. Bij de 71 patiënten met een reversibel dementieel syndroom kwam bij 6 (8,5%) en bij de 136 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom kwam bij 12 (8,8%) overdosering met psychofarmaca voor. Twee patiënten overleden tijdens de observatie (tabel 4.39). Van de 5 patiënten met een medicamenteus Parkinsonisme was slechts bij een het dementieel syndroom reversibel, bij 4 irreversibel.

Bij patiënten, die op grond van hun gedragsstoornissen psychofarmaca nodig hadden, bleek door het toevoegen van 3 dd 25-50 mg. orfenadrine ernstig Parkinsonisme voorkomen te kunnen worden.

4.4.3.3 Hypoxie

Bij de afwijkingen, die gepaard gaan met hypoxie, kunnen we vier groepen onderscheiden: Hypoxie veroorzaakt door hematologische afwijkingen, door hypotensie, door cardiale pathologie en door pulmonale pathologie. De in deze studie gevonden afwijkingen, gepaard gaande met hypoxie, zullen we aan de hand van deze vier groepen bespreken.

Bij een aantal afwijkingen in deze paragraaf is het moeilijk om aan te tonen, dat er hypoxie in het geding was. Voor de eenvoud van de bespreking hebben we toch voor deze indeling gekozen.

A. Hematologische afwijkingen

In tabel 4.41 wordt een overzicht gegeven van de in ons onderzoek gevonden hematologische afwijkingen.

1. Trombocytopenie

Of in alle gevallen van trombocytopenie tevens hypoxie aanwezig was, is niet te beantwoorden. Bloedinkjes in organen en in cerebro zijn meestal slechte pathologisch-anatomisch vast te stellen.

Tabel 4.41 Het voorkomen van hypoxie door hematologische afwijkingen bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom.

	Aantal patiënten (%)			
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)	Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
<u>Geen hematologische afwijkingen:</u>	46(64,8)	93(68,4)	12(52,2)	151(65,6)
<u>Afwijkingen:</u>				
1. Trombocy- topenie	3(4,2)	2(1,5)	-	5(2,2)
2. Anemie	23(32,4)	41(30,1)	11(47,8)	75(32,6)

Bij 5 van de 230 patiënten (2,2%), bij wie wij een trombocytopenie vaststelden was wel een verhoogde bloedingsneiging in de huid en/of de slijmvliezen te zien. Bij een patiënte werd de trombocytopenie veroorzaakt door een overgevoeligheid voor furosemide. Na het staken van deze medicatie verdween de trombocytopenie. Zij overleed later in een ziekenhuis aan een inwendige bloeding (trombocyten $6 \times 10^9/l.$), nadat zij in verband met een aethma cardiale aanval noodgedwongen behandeld was met intraveneus furosemide (eerdere pogingen met andere diuretica, met morfine en met aderlaten waren mislukt). Bij de overige 4 patiënten is het ons niet gelukt de oorzaak van de trombocytopenie te achterhalen. Bij een van hen verdween de trombocytopenie spontaan, bij 2 anderen ontstonden redelijke trombocytenaantallen onder prednisonmedicatie (idiopathische trombocytopenische purpura). Bij de vierde patiënt, die tevens een macrocytaire hyperchrome anemie had met hypersegmentatie en tekenen van hemolyse (verhoogd indirect bilirubine en verhoogde LDH-iso-enzymen 2 en 1) steeg het trombocytenaantal onder vitamine B₁₂-therapie (hydrocobamine).

Van deze 5 patiënten met een trombocytopenie vertoonden er 3 een reversibel dementieel syndroom en 2 een irreversibel dementieel syndroom (beiden met idiopathische trombocytopenische purpura).

2. Anemieën

Bij 75 van onze 230 patiënten (32,6%) werd de diagnose anemie gesteld. De oorzaken - niet zelden was er meer dan een oorzaak in het spel - worden weergegeven in tabel 4.42.

In eerste instantie werd bij alle patiënten met een anemie het ijzerspectrum bepaald. In geval van Fe-deficiëntie werden de patiënten behandeld met 3 dd 1 ferrofumaraat. De faecesbenzidines waren bij 2 van de 75 patiënten positief en in beide gevallen bestond er een carcinoom van de tractus digestivus. Er werd bij 37 van de 75 patiënten (49,3%) een Fe-deficiëntie gevonden als oorzaak voor de anemie.

Aanvankelijk werd bij alle patiënten routinematig het serumgehalte aan vitamine B₁₂ en foliumzuur bepaald. Tijdens deze studie bleek na een wisseling van laboratorium de vitamine B₁₂-bepaling onbetrouwbaar en wij (Claessens en Wijnen, 1977) toonden

Tabel 4.42 Oorzaken van anemieën bij 75 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

Oorzaak:	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk (11 patt.)	Totaal (75 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (23 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (41 patt.)		
1. IJzerde- ficiëntie	10(43,5)	21(51,2)	6(54,5)	37(49,3)
2. Foliumzuur- deficiëntie	3(13,0)	3(7,3)	3(27,3)	9(12,0)
3. Vitamine B ₁₂ - deficiëntie	4(17,4)	7(17,1)	2(18,2)	13(17,3)
4. Vit. B ₁₂ -reor- ptiesstoornis:				
a) Schilling- test 4-12%	6(26,1)	3(7,3)	-	9(12,0)
b) Schilling- test <4%	-	4(9,8)	2(18,2)	6(8,0)
5. Chronische infecties	3(13,0)	6(14,6)	3(27,3)	12(16,0)
6. Overige	5(21,7)	5(12,2)	1(9,1)	11(14,7)

vervolgens in een vergelijkend onderzoek statistisch significante verschillen tussen de uitkomsten van vitamine B₁₂-serumconcentraties van diverse laboratoria. Daarna zijn wij overgegaan op het bepalen van foliumzuurserumconcentraties en het verrichten van een Schillingtest op uitsluitend hematologische en/of neurologische indicaties. Deze indicaties waren:

- a. hematologisch: - macrocytair en/of hyperchrom bloedbeeld;
 - hypersegmentatie van de leukocyten;
 - tekenen van hemolyse: verhoogd indirect bilirubine; verhoogde LDH. met een iso-enzym patroon, waarin LDH.-2 > LDH.-1;
 - verhoogd M.C.H. (mean corpuscular haemoglobin);
 - verhoogd M.C.V. (mean corpuscular volume);
 - geen reactie op ijzertherapie;
- b. neurologisch: - sensibiliteitsafwijkingen, vooral van gnostische aard;

- hyporeflexie;
- paresthesiën.

Bij het bepalen van de Schillingtest (zonder intrinsic factor) werd gedurende de eerste 7 dagen het aantal reticulocyten geteld om de beenmergreactie op de gegeven 1000 microgram vitamine B₁₂ vast te stellen. Bij geen patiënt, ook niet in geval van een ernstige anemie, steeg het aantal reticulocyten boven de 15 o/oo.

In de periode, waarin we nog routinematig vitaminebepalingen lieten verrichten, vonden we bij 13 van de 157 patiënten (8,3%) een combinatie van een anemie met een vitamine B₁₂-deficiëntie en bij 9 patiënten (5,7%) een combinatie van een anemie met foliumzuurdeficiëntie. Bij al deze 22 patiënten bestonden er tevens hematologische en/of neurologische indicaties voor deze bepalingen. Bij 22 van de 157 patiënten (14,0%) vonden we een vitamine B₁₂-deficiëntie zonder anemie en zonder hematologische indicaties. Bij 6 patiënten (3,8%) bestond een foliumzuurdeficiëntie zonder anemie en zonder hematologische indicaties.

Bij de zoeven genoemde 157 patiënten werd 36 maal een Schillingtest verricht, waarvan er 12 gestoord waren in de zin van onvoldoende resorptie van vitamine B₁₂ (7,6% van de 157 patiënten). Bij 4 van hen bestond volgens het laboratorium geen vitamine B₁₂-deficiëntie, terwijl toch de bestaande anemie na therapie met vitamine B₁₂ verdween.

In de hierna volgende periode, waarin vitaminebepalingen en de Schillingtest bij 73 patiënten slechts op hematologische en/of neurologische indicaties werden verricht, vonden we bij 9 indicaties geen foliumzuurdeficiëntie (0%) en 3 maal een gestoorde Schillingtest (4,1% van de 73 patiënten).

In beide periodes blijkt dus eenzelfde percentage van de Schillingtesten gestoord: 33,3%.

Gesommeerd bestond er bij 9 van de 230 patiënten (3,9%) een anemie ten gevolge van foliumzuurdeficiëntie, en bij 15 patiënten (6,5%) een anemie ten gevolge van een vitamine B₁₂-resorptiestoornis.

Het laboratorium, waarmee wij tijdens deze studie samenwerkten, hanteerde bij de Schillingtest de volgende referentiewaarden:

- normaal : >12% urine-excretie van vitamine B₁₂;
- resorptiestoornis: 4-12% urine-excretie;
- vermoedelijk pernicieuze anemie: < 4% urine-excretie.

Een vermoeden op pernicieuze anemie bestond op die grond bij 6 van de 230 patiënten (2,6%). Deze diagnose is bij geen van de patiënten uit ons onderzoek geverifieerd door bepaling van antistoffen of door bepaling van de Schillingtest met intrinsic factor. Een dergelijke verificatie achtten wij zonder praktische consequenties voor de patiënten en derhalve te kostbaar.

We behandelden de vitamine B₁₂-deficiënties en -resorptiestoornissen met een dosis van 1000 microgram vitamine B₁₂ intramusculair een maal per maand. Bij ernstige anemie werd dezelfde dosering gedurende de eerste maand wekelijks gegeven.

Foliumzuurdeficiënties behandelden we met 3 dd 5 mg foliumzuur per os, aangevuld met 1 maal per maand 1000 microgram hydroxocobalamine ter preventie van het luxeren van een gecombineerd strengsyndroom.

Bij 12 van de 75 patiënten met een anemie (16,0%) bestond er een verband tussen anemie en chronische infecties.

Ten slotte waren er bij 11 van de 75 patiënten (14,7%) andere dan tot nu toe genoemde oorzaken voor de bestaande anemie aan te wijzen. Bij een patiënt bestond er volgens de geconsulteerde hematoloog een syndroom van Di Guglielmo (rijpe erytroblasten en veel reticulocyten in het beenmerg). Bij deze patiënt was er geen sprake van een dementieel syndroom, zolang het hemoglobinegehalte boven 6,0 mmol/l. bleef. Dit werd bereikt met periodieke bloedtransfusies (casus 18, paragraaf 4.6). Bij een patiënt werd de anemie veroorzaakt door oxyuris vermicularisbesmetting. Bij 6 van de 75 patiënten (8,0%) stond de anemie in verband met een carcinoom en 3 patiënten (4,0%) waren overleden, voordat de oorzaak van hun anemie bekend was.

Van de 75 patiënten met een anemie hadden er 23 (30,7%) een reversibel dementieel syndroom, 41 patiënten (54,7%) een irreversibel dementieel syndroom en 11 patiënten (14,7%) overleden voordat de observatie was voltooid. Deze percentages waren gelijk verdeeld over de patiënten met een ijzer-, foliumzuur- en vitamine B₁₂-deficiëntie.

Ook bij vitamine B₁₂-resorptiestoornissen waren deze percentages nagenoeg hetzelfde: resp. 6 patiënten (40,0%), 7 patiënten (47,0%) en 2 patiënten (13,0%).

Tabel 4.43 geeft een overzicht van de ernst van de anemieën.

Tabel 4.43 Ernst van de anemie bij 75 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk	Totaal
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom		
Lichte anemie (Hb 7,1-7,8 (g)/ 8,2 (d) m.mol/L)	15(65,2)	33(80,5)	7(63,6)	55(73,3)
Matige anemie (Hb 6,1 - 7,0 m.mol/L.)	7(30,4)	7(17,1)	3(27,3)	17(22,7)
Ernstige anemie (Hb <6,0 m.mol/L)	1(4,4)	1(2,4)	1(9,1)	3(4,0)
Totaal	23(100,0)	41(100,0)	11(100,0)	75(100,0)

Hoewel deze tabel de indruk geeft, dat naarmate de anemie ernstiger is meer patiënten een reversibel dementieel syndroom hebben, bleek er geen significante relatie te bestaan tussen de ernst van de anemie en het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom.

Door de diverse vormen van behandeling verdween de anemie bij 45 van de 75 patiënten (60,0%). Elf patiënten (14,7%) overleden voordat verbetering mogelijk was en bij 19 patiënten (25,3%) bleef de anemie ondanks de behandeling bestaan of recidiveren door chronische afwijkingen.

B. Hypotensie

Een hypotensie constateerden we bij slechts 8 van de 230 patiënten (3,5%). Hypotensie is echter bij bejaarden een zeer betrekkelijk begrip. Brocklehurst (1973) geeft alleen grenswaarden voor de tensie aan de bovenzijde: bij vrouwen is tot 210 systolisch en 110 diastolisch en bij mannen tot 195 systolisch en 100 diastolisch nagenoeg

nooit behandeling nodig volgens hem.

Benedengrenzen geeft Brocklehurst niet. Wel noemt hij orthostatistische hypotensie een frekvent ziektebeeld bij bejaarden ($\pm 11\%$); dit bij een tensiedaling na staan van meer dan 20 mm. Hg. systolisch. Harris (1975) geeft als grenswaarden voor hypotensie een systolische druk lager dan 100 en een diastolische druk lager dan 60 mm. Hg. Schouten (1975) geeft slechts bovengrenswaarden: bij patiënten ouder dan 80 jaar 220/120.

Onder hypotensie verstaan wij een systolische bloeddruk, die lager is dan 80 mm. Hg. of een systolische bloeddruk, die 20 mm. Hg. of meer onder het normale niveau van de patiënt is gedaald (conform Van der Kooi en Van der Hauwaert, 1975).

Bij de 4 patiënten met een hypotensie zonder orthostasis in ons onderzoek lagen de tensiewaarden alle onder de 120/70 mm. Hg., doch wat wij belangrijker vonden was, dat zij alle 4 symptomen hadden van duizeligheid, zich onwel voelen en sufheid en dat hun vroegere tensiewaarden veel hoger waren; bij allen systolisch meer dan 30 mm. Hg. hoger. Alle 4 patiënten gebruikten antihypertensiva. Hun lotgevallen werden reeds beschreven in paragraaf 4.4.3.2 onder geneesmiddelenoverdosering.

Een orthostatische hypotensie met een drukdaling van meer dan 30/20 mm. Hg. en valneiging en/of duizeligheid constateerden we bij 4 patiënten. Van hen gebruikten 3 patiënten reserpine (reeds beschreven in deze paragraaf onder geneesmiddelenoverdosering) en bij een patiënt bestond een combinatie van de ziekte van Parkinson en een orthostatische hypotensie.

Bij deze laatste patiënten en één van de patiënten, die reserpine gebruikte, bleef het dementiële syndroom na de observatieperiode bestaan. Van de 2 andere patiënten was het dementieel syndroom reversibel.

Bij 15 van de 230 patiënten (6,5%) vonden wij een hypertensie met bloeddrukwaarden boven 190/110 mm. Hg. De W.H.O. (World Health Organization) definieert hypertensie als een bloeddruk met waarden hoger dan 160/95 mm. Hg., waarbij voor het cardiovasculaire risico bij bejaarden de systolische waarde belangrijker is dan de diastolische (Kannel and Kreger, 1981).

Het lukte bij 13 van de 15 patiënten met hypertensie door alleen diuretica de tensie te normaliseren tot waarden tussen 140 en 160 systolisch en waarden tussen 70 en 100 mm. Hg. diastolisch. Bij 2 patiënten was hiervoor een antihypertensivum (alfa-methyldopa) noodzakelijk. Van deze 15 patiënten hadden er 4 een reversibel (26,7%) en 11 een irreversibel dementieel syndroom (73,3%).

C. Cardiale afwijkingen

Bij 66 van de 230 patiënten (28,7%) vonden wij tijdens de observatie symptomen veroorzaakt door cardiale problematiek. Met nadruk stellen we, dat wij hiertoe niet rekenden het bij bejaarden vrij frekwent voorkomende onderbeensoedeem ten gevolge van veneuze insufficiëntie. Deze vorm van oedeem kan adequaat worden behandeld met zwachtels en kwam in onze studie bij 16 patiënten voor (7,6%). Michels (1979) waarschuwt ten deze als volgt: "De nogal eens direct toegepaste kortsluiting (bij oedeem): diuretica als therapie is een kunstfout. Zij bezorgt de bejaarde veel narigheid door uitdroging en de kans op tijdig ingrijpen bij een ernstige ziekte wordt gemist".

In tabel 4.44 wordt een overzicht gegeven van de patiënten met cardiale problematiek.

Tabel 4.44 Het voorkomen van hypoxie door cardiale afwijkingen bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (156 patt.)		
<u>Gedn cardiale afwijkingen:</u>	46(64,8)	100(73,5)	18(78,3)	164(71,3)
<u>Afwijkingen:</u>				
1. Decompensatio cordis	19(26,8)	33(24,3)	4(17,4)	56(24,3)
2. Atriumfibrillatie	6(8,5)	5(3,7)	1(4,3)	12(5,2)
3. Atrioventriculaire blok (+ bradycardie)	6(8,5)	3(2,2)	2(8,7)	11(4,8)
4. Extrasystolie	4(5,6)	3(2,2)	-	7(3,0)

1. Decompensatio cordis

Tekenen van decompensatio cordis vonden we tijdens de observatie bij 56 van de 230 patiënten (24,3%). Frekvent vonden we een relatie tussen decompensatio cordis en cardiale ritmestoornissen: deze bleken bij 19 van de 56 patiënten (33,9%) de oorzaak van de decompensatio cordis te zijn. Bij 12 patiënten (21,4%) was de oorzaak van de decompensatio cordis een cor pulmonale, 11 maal bij een patiënt met CARA, eenmaal bij een patiënt met longfibrose. Bij alle 56 patiënten is waarschijnlijk tevens een myodegeneratio cordis debet aan de decompensatie. Er overleden tijdens de observatieperiode 4 patiënten aan de gevolgen van o.a. de decompensatio cordis. Bij alle overige patiënten gelukte het met diuretica, digitalis, pacemaker en/of anti-extrasystoliemedicatie de symptomen van de decompensatio cordis te doen verdwijnen of te verminderen. Hierbij tekenen we aan, dat wij atriumfibrillatie als enige indicatie voor blijvende digitalisatie hanteerden. Bij decompensatio cordis digitaliseerden we slechts 4 patiënten met ernstige symptomatologie en dan nog alleen gedurende de eerste week. Daarna bleken alleen diuretica voldoende. Tevens tekenen we hierbij aan, dat ritmestoornissen frekvent een gevolg bleken te zijn van een overdosering aan digitalis, zoals reeds beschreven werd in paragraaf 4.4.3.2.

Van de 71 patiënten met een reversibel dementieel syndroom hadden er 19 (26,8%) een decompensatio cordis en van de 136 met een irreversibel dementieel syndroom 33 (24,3%); een nagenoeg gelijk percentage. De andere 4 patiënten met een decompensatio cordis overleden tijdens de observatieperiode

Schouten (1979) vond in zijn klinische studie bij 143 psychogeriatrische patiënten in 20,3% een decompensatio cordis en bij 65% van zijn patiënten bestond er cardiale problematiek. Een decompensatio cordis vinden wij in onze studie nagenoeg even vaak (24,3%); het totaal aan cardiale problematiek ligt met 28,7% echter veel lager. Wellicht wordt dit verschil in percentages veroorzaakt doordat wij slechts de tijdens de observatie gestelde diagnosen vermelden.

2. Ritmestoornissen

De aantallen ritmestoornissen worden weergegeven in tabel 4.44. Hun relatie met een eventuele digitalisintoxicatie werd reeds besproken in paragraaf 4.4.3.2. en daar weergegeven in tabel 4.40.

Bij 12 van de 230 patiënten werd atriumfibrilleren geconstateerd (5,2%). Van hen overleed een patiënt tijdens de observatieperiode. Bij de overige 11 patiënten gelukte het door digitaliseren de ventrikelfrekventie te doen dalen tot tussen 70 en 90 per minuut. Atriumfibrilleren kwam bijna even vaak voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (6 patiënten) als bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (5 patiënten).

Bij 11 van de 230 patiënten (4,8%) bestond er een atrioventriculaire blok, bij 10 van hen was dit een 1e-grads blok, bij een patiënt een totaal blok. Bij 7 patiënten met een 1e-grads A.V.-blok was de oorzaak een digitalisoverdosering (zie paragraaf 4.4.3.2). Bij de patiënt met een totaal A.V.-blok bestond volgens de hetero-anamnese sinds 3 maanden een dementieel syndroom en toenemende oedemen. Nadat bij deze patiënt een pacemaker was geïmplantéerd verdween binnen 2 weken het dementieel syndroom.

Bij de 10 andere patiënten bestond bij 5 een reversibel dementieel syndroom, bij 3 een irreversibel dementieel syndroom en 2 patiënten overleden aan de gevolgen van de decompensatio cordis.

De patiënten met een bradycardie werden allen reeds besproken bij digitalisoverdosering in paragraaf 4.4.3.2.

Tenslotte bestond bij 7 patiënten een extrasystolie, bij allen van ventriculaire oorsprong en bij 2 patiënten tevens supraventriculaire extrasystolien. Bij 6 patiënten verdween de extrasystolie na het staken of verminderen van de digitalisatie en bij de zevende patiënt gelukte het het hartritme te verbeteren met disopyramide. Alle 7 patiënten vertoonden verschijnselen van een decompensatio cordis. Bij 4 van hen bestond een reversibel en bij 3 een irreversibel dementieel syndroom.

Schouten (1979-II) beschrijft ritmestoornissen van diverse aard bij 20,3% van de opgenomen patiënten. In onze studie komen we, alle ritmestoornissen opgeteld, op een iets lager percentage: 15,6% (36 patiënten; bij enkelen van hen was meer dan een soort ritmestoornis in het spel).

D. Pulmonale afwijkingen

De laatste categorie van afwijkingen, die hypoxie kunnen veroorzaken, zijn de pulmonale afwijkingen. In ons onderzoek constateerden we 3 beelden, gepaard gaande met o.a. dyspnoe: C.A.R.A., longfibrose en infecties van de luchtwegen (zie tabel 4.45).

Tabel 4.45 Het voorkomen van pulmonale hypoxie bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)		
<u>Geen pulmonale hypoxie:</u>				
<u>Hypoxie door:</u>				
1. C.A.R.A.	58(81,7)	113(83,1)	13(56,5)	184(80,0)
2. Longfibrose	3(4,2)	7(5,1)	4(17,4)	14(6,1)
3. Luchtweg- infectie	6(8,5)	9(6,6)	3(13,0)	18(7,8)

Pulmonale afwijkingen kwamen bij 46 van de 230 patiënten voor (20,0%), vaak meer dan een afwijking tegelijk. Deze kwamen relatief even vaak voor bij patiënten met een reversibel, als bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom. Bij patiënten, die overleden voor het eind van de observatie, kwamen vaker pulmonale afwijkingen voor: 10 van de 23 patiënten (43,5%).

1. C.A.R.A. (chronische aspecifieke respiratoire aandoening)

Bij 41 van de 230 patiënten (17,8%) was er sprake van C.A.R.A., bij 14 van hen gepaard gaande met longfibrose. Zoals reeds beschreven in deze paragraaf onder C., hadden 11 van deze 14 patiënten bij opname ook tekenen van decompensatio cordis. Bij al deze 14 patiënten werden pogingen ondernomen de dyspnoe te verlichten door bestrijding van de luchtweginfecties met o.a. antibiotica, door bronchodilatatoren en door fysiotherapeutische maatregelen.

2. Luchtweginfecties

Bij opname bestond er bij 18 van de 230 patiënten (7,8%) een luchtweginfectie. Zelden ging deze infectie gepaard met hoge koorts.

Bij 13 patiënten ging het om een exacerbatie van een chronische bronchitis. Bij 5 patiënten bestond een bronchopneumonie bij opname, terwijl er geen sprake was van C.A.R.A. Allen werden behandeld met antibioticakuren, bij 6 C.A.R.A.-patiënten gevolgd door onderhoudsdosering van 1 dd. 100 mg. doxycycline. Van de 18 patiënten overleden er 3 tijdens de observatieperiode. Bij de overige 15 patiënten verdween de infectie: het dementieel syndroom bleek bij 6 van hen reversibel en bij 9 irreversibel te zijn.

In het onderzoek bij 143 psychogeriatrische patiënten door Schouten (1979) had bijna de helft van de patiënten een longaandoening. Dit percentage is erg hoog in vergelijking met de 20% longaandoeningen in onze studie. Waarschijnlijk zullen de gebruikte criteria hieraan debet zijn. Zo hebben wij bijv. een sniel longemfyseem niet als longaandoening aangemerkt.

Ook bij de diagnosegroep hypoxie hebben we afgezien van statistische berekeningen, aangezien de aantallen vrij klein zijn en de verschillen tussen de drie groepen patiënten naar gelang de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom relatief gering.

4.4.3.4 Vitaminedeficiënties

Nagenoeg alle auteurs nemen vitaminedeficiënties op in hun lijst van oorzaken van een dementieel syndroom.

Schouten (1979) vond bij 694 bejaarden, opgenomen op een somatisch geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, in 77,2% een deficiëntie van ijzer, vitamine B₁, B₆ of B₁₂, geïsoleerd of gecombineerd; bij 143 patiënten, opgenomen op zijn psychogeriatrische afdeling, was dit percentage 79%.

Wij hebben ons in ons onderzoek uit financiële overwegingen beperkt tot het routinematig bepalen van foliumzuur- en vitamine B₁₂-serumconcentraties, omdat deze het frekwentst worden beschreven als oorzaak van dementiële syndromen. Om reeds elders beschreven redenen (Claessens en Wijnen, 1977) hebben we in de laatste periode van onze studie ervan afgezien beide vitamines als routine te bepalen (zie ook paragraaf 4.4.3.3 onder A.2). Overigens zijn wij er steeds vanuit gegaan, dat patiënten met duidelijke tekenen van

ondervoeding geacht mogen worden aan vitaminedeficiënties te lijden (zie paragraaf 4.4.3.2 onder A.5).

1. Vitamine B₁₂-deficiënties

Bepalingen van vitamine B₁₂-serumconcentraties bleken dermate onbetrouwbaar te zijn, zoals eerder door ons beschreven, dat wij aan de volgende gegevens een zeer grote relativiteit willen toekennen en wij er o.i. géén conclusies uit kunnen trekken. Bij de 157 patiënten, waarbij routinematig vitamine B₁₂ in het serum werd bepaald, was er volgens de laboratoria 35 maal een deficiëntie (22,3%). Van een verdere vergelijking met het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom bij deze 35 patiënten zien wij af in verband met de onbetrouwbaarheid en de kleine aantallen.

2. Follumzuurdeficiënties

Bij 157 patiënten bepaalden we het foliumzuurserumgehalte routinematig. Bij 15 patiënten bestond een deficiëntie (9,6%); bij 6 van hen bestond tevens een reversibel dementieel syndroom, bij 6 een irreversibel dementieel syndroom en 3 van hen overleden voordat een conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom mogelijk was.

4.4.3.5 Infecties

Bij 81 van de 230 patiënten (35,2%) werden tijdens de observatie één of meer infecties gevonden (zie tabel 4.46). In verreweg de meeste gevallen betrof het chronische infecties of exacerbaties van chronische infecties.

1. Luchtweginfecties

Deze kwamen bij opname voor bij 18 van de 230 patiënten (7,8%), bij 15 van hen als exacerbatie van een C.A.R.A. Deze patiënten werden reeds beschreven.

2. Urineweginfecties

Deze constateerden wij bij 71 van de 230 patiënten (30,9%). Zij waren, zoals uit tabel 4.46 blijkt, procentueel bijna gelijk verdeeld over patiënten met een reversibel en patiënten met een irreversibel dementieel syndroom. Tijdens het vervolgonderzoek tot 1982 bleek deze urineweginfectie bij 41 patiënten een onderdeel te zijn van een chronische urineweginfectie.

Tabel 4.46 Het voorkomen van infecties bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)		
<u>Geen infecties:</u>	44(62,0)	96(70,6)	9(39,1)	149(64,8)
<u>Infecties:</u>				
1. Luchtweg- infectie	6(8,5)	9(6,6)	3(13,0)	18(7,8)
2. Urineweg- infectie	21(29,6)	39(28,7)	11(47,8)	71(30,9)
3. Diverti- culitis	-	1(0,7)	2(8,7)	3(1,3)
4. Overige	5(7,0)	1(0,7)	2(8,7)	8(3,5)

Het percentage urineweginfecties in onze studie ligt aanzienlijk hoger dan in het klinisch onderzoek van Schouten (1979-II) waar bij 18,2% van de patiënten een urineweginfectie werd aangetoond.

3. Diverticulitis

Diverticulitis vonden wij bij 3 van de 230 patiënten. Twee patiënten overleden tijdens de observatieperiode, de andere patiënt bleek een irreversibel dementieel syndroom te hebben.

4.(Chronische)infecties van andere aard

Bij 8 van de 230 patiënten (3,5%) ontdekten wij infecties van andere aard; bij 3 patiënten bestond een chronische cholecystitis, de overige infecties kwamen slechts eenmaal voor:

- chronische oesophagitis met strictuur ten gevolge van een hernia diaphragmatica;
- chronische hepatitis;
- chronische reumatoïde artritis;
- een patiënt, die tijdens de observatieperiode overleed, had een infectie, die niet gelocaliseerd kon worden.

Van deze 8 patiënten overleden er 2 tijdens de observatieperiode. Bij 5 anderen bestond een reversibel dementieel syndroom en bij één patiënt een irreversibel dementieel syndroom.

Infecties gepaard gaande met decubitus of gangreen werden reeds beschreven in paragraaf 4.4.3.2.

4.4.3.6 Tumoren

Bij 19 van de 230 patiënten (8,3%) vonden wij tevoren niet bekende carcinomen. Deze bevinding komt nagenoeg overeen met recente Nederlandse literatuurgegevens. Fuldauer e.a. (1980) vonden bij ongeveer 5% tumoren, Van Wersch-van der Spek (1980) stelde de diagnose carcinoom bij 6,2% van de poliklinisch gescreende psychogeriatrische patiënten en Schouten (1979) maakte in zijn klinisch onderzoek geen melding van gevonden tumoren. Wel vermeldde Schouten (1979-II) in een andere publicatie over een studie bij 143 patiënten, die werden opgenomen op de psychogeriatrische ziekenhuisafdeling, bij 2,8% primaire of secundaire hersentumoren, bij 0,7% een maagcarcinoom; in totaal dus bij 3,5% een tumor.

Een overzicht van het aantal in ons onderzoek gevonden tumoren wordt weergegeven in tabel 4.47.

Tabel 4.47 Tumoren bij 19 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

Diagnose:	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk	Totaal
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom		
1. Carc. tr. digestivus	1(16,7)	3(42,8)	2(33,3)	6(31,6)
2. Prostaat- carcinoom	3(50,0)	2(28,6)	1(16,7)	6(31,6)
3. Mamma- carcinoom	-	1(14,3)	1(16,7)	2(10,5)
4. Metastasen e.c.i.	1(16,7)	1(14,3)	-	2(10,5)
5. Long- carcinoom	1(16,6)	-	1(16,7)	2(10,5)
6. Hersen- tumor	-	-	1(16,6)	1(5,3)
Totaal	6(100,0)	7(100,0)	6(100,0)	19(100,0)

1. Darmtumor

Bij 6 patiënten werd een carcinoom in de tractus digestivus gevonden: bij 3 van hen een sigmoïdcarcinoom met metastasen, bij 2 een maagcarcinoom zonder metastasen en bij een een maagcarcinoom met metastasen.

2. Prostaatacarcinoom

Bij 6 patiënten vonden wij een prostaatacarcinoom, in alle gevallen met botmetastasen.

3. Mammacarcinoom

Bij 2 vrouwen vonden we een mammacarcinoom met metastasen.

4. Metastasen

Metastasen zonder duidelijke primaire tumor vonden we bij 2 patiënten. Een van hen bleek na de observatieperiode géén dementieel syndroom (meer) te hebben. Deze patiënt overleed echter 3 maanden later tijdens een ziekenhuisopname (casus 19, paragraaf 4.6). Het vermoeden op het bestaan van een primair longcarcinoom kon door weigering van een obductie niet worden bevestigd. De andere patiënt had een irreversibel dementieel syndroom en ook hier werd een obductie niet toegestaan door de verwanten toen de patiënt een half jaar na de observatie overleed. In verband met het bestaan van levermetastasen, pleuritis exsudativa én chronische luchtweginfecties bestond ook bij deze patiënt de verdenking op een primaire longtumor.

5. Bronchuscarcinoom

Bij 2 patiënten ontdekten we een bronchuscarcinoom, beiden gemetastaseerd. Bij een van hen bleek na het behandelen van de dyspnoe (door bronchopneumonie) nog ontslag naar een verzorgingshuis mogelijk; daar overleed hij twee jaar na de observatieperiode (casus 20, paragraaf 4.6).

6. Hersentumor

Tenslotte had een patiënt een hersentumor. Deze patiënt werd opgenomen onder de diagnose dementie en hypersomnolentiesyndroom, een beeld, dat volgens de familie in twee maanden tijds was ontstaan. Hij overleed op de 16e dag van opname, voordat door zijn slechte conditie verder onderzoek mogelijk was geweest.

Bij obductie bleken er twee grote tumorhaarden te bestaan rechts-temporaal en links in het striatum en de capsula interna. Microscopie toonde een reticulumsaroom.

In totaal overleden er van de 19 patiënten met een tumor 6 binnen de observatieperiode (31,6%). Bij 6 andere patiënten (31,6%) met een carcinoom bestond een reversibel en bij de overige 7 patiënten (36,8%) een irreversibel dementieel syndroom (zie tabel 4.47)

4.4.3.7 Neurologische ziektebeelden

Neurologische symptomatologie van min of meer ernstige aard kwam in meer dan de helft van de patiënten in onze studie voor: 117 van de 230 patiënten (50,9%).

Ook bij deze ziektebeelden is een vergelijking met recente Nederlandse studies nauwelijks mogelijk (Miesen, 1974; Schouten, 1979; Fuldauer e.a., 1980 en Van Wersch-van der Spek, 1980), omdat in hun publicaties geen aantallen worden verstrekt. Slechts Schouten (1979) vermeldde, dat bij klinisch onderzoek van 694 somatisch zieke bejaarden in 19,6% een tevoren onbekend cerebrovasculair accident werd gediagnostiseerd. In een andere klinische studie vermeldde Schouten (1979-II) bij 13,3% van 143 psychogeriatrische patiënten een C.V.A. en bij 8,4% de ziekte van Parkinson.

In onze studie vonden we bij 24 van de 230 patiënten (10,4%) een tevoren onbekend C.V.A. in een van beide hemisferen en bij 7 patiënten (3,0%) een insufficiëntie in het vertebraal-basilarisgebied. Wanneer we beide als cerebrovasculair accident beschouwen, is het percentage in onze studie 13,4.

Een overzicht van de tijdens observatie gevonden neurologische ziektebeelden geven we in tabel 4.48.

Het hoge percentage neurologische afwijkingen bij patiënten met irreversibele dementiële syndromen (81 van de 136 patiënten: 59,6%) komt vooral op conto van de dysartrie, apraxie en agnosie.

1. Cerebrovasculair accident (C.V.A.)

De restanten van een tevoren niet gediagnostiseerd C.V.A. vonden wij bij 24 van de 230 patiënten (10,4%). Bij 12 patiënten betrof het een C.V.A. in de rechter hemisfeer met een hemiparese links. Bij 3 van dezen bestond er tevens een afasie (zie ad 2.). Bij 7 patiënten was een C.V.A. in de linker hemisfeer opgetreden, zich uitend in een hemiparese rechts. Bij 6 van deze 7 patiënten bestond er tevens een

Tabel 4.48 Het voorkomen van neurologische ziektebeelden bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk (23 patt.)	Totaal (230 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (71 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (136 patt.)		
<u>Eén neurologische ziektebeelden:</u>	48(67,6)	55(40,4)	10(43,5)	113(49,1)
<u>Neurologische ziektebeelden:</u>				
1. C.V.A.	6(8,5)	13(9,6)	5(21,7)	24(10,4)
2. Afasie	3(4,2)	6(4,4)	4(17,4)	13(5,7)
3. Vertebrale/ basilaris- insufficiëntie	4(5,6)	3(2,2)	-	7(3,0)
4. Ziekte van Parkinson of Parkinsonisme	8(11,3)	13(9,6)	2(8,7)	23(10,0)
5. Normale druk- hydrocephalus	-	5(3,7)	-	5(2,2)
6. Dysartrie	8(11,3)	26(19,1)	7(30,4)	41(17,8)
7. Apraxie	6(8,5)	59(43,4)	10(43,5)	75(32,6)
8. Agnosie	2(2,8)	51(37,5)	6(26,1)	59(25,7)

afasie. Tenslotte hadden 5 patiënten meer dan een C.V.A. doorge-
maakt, zowel in de linker als in de rechter hemisfeer, zich uitend
in pareseresten rechts én links en bij 3 van hen tevens in een afasie.

Een C.V.A. kwam relatief even vaak voor bij patiënten met een rever-
sibel dementieel syndroom (6 van de 71 patiënten: 8,5%), als bij pa-
tiënten met een irreversibel dementieel syndroom (13 van de 136:
9,6%). Vijf patiënten met een C.V.A. overleden tijdens de observatie-
periode.

De plaats van het C.V.A. leek van invloed te zijn op het al of
niet reversibel zijn van een dementieel syndroom. In tabel 4.49 wordt
een overzicht gegeven van de plaats van het C.V.A. in relatie tot
de conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom;
helaas bij een te klein aantal patiënten voor een statistische be-
werking.

Toch lijkt een C.V.A. in de rechter hemisfeer met als verschijn-
selen, behalve de hemiparese links, vaak ook afwijkingen van gnos-
tische en praktische aard een relatief slechtere prognose ten aan-
zien van de reversibiliteit van een dementieel syndroom te hebben.

Tabel 4.49 Plaats van het C.V.A. in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom bij 24 patiënten.

	Aantal patiënten (%):			
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	Totaal
C.V.A. rechter hemisfeer	1 (16,7)	8 (61,5)	3 (60,0)	12 (50,0)
C.V.A. linker hemisfeer	2 (33,3)	3 (23,1)	2 (40,0)	7 (29,2)
C.V.A. rechter en linker hemisfeer	3 (50,0)	2 (15,4)	-	5 (20,8)
Totaal	6 (100,0)	13 (100,0)	5 (100,0)	24 (100,0)

Multiple C.V.A.'s, neigend tot multi-infarctdementie, komen in onze studie bij 5 patiënten voor, van wie slechts 2 patiënten een irreversibel dementieel syndroom vertoonden (multi-infarctdementie?). De 3 andere patiënten hadden een reversibel dementieel syndroom. De diagnose multi-infarctdementie is een zeer gevaarlijke diagnose, omdat de naamgeving een causale relatie suggereert. Meer dan een C.V.A. doorgemaakt te hebben is niet synoniem met dement geworden zijn.

2. Afasie

Onder afasie verstaan we in deze paragraaf slechts de expressieve en/of receptieve vormen van afasie. De z.g. amnestische afasie laten we buiten beschouwing.

Bij 13 van de 230 patiënten (5,7%), allen met ook paresen als restverschijnselen van een C.V.A., vonden wij een afasie. Bij 5 van hen bestond een overwegend expressieve afasie, bij de 8 anderen een gemengde afasie (expressief en receptief).

In verband met testproblemen als gevolg van de afasie werd bij deze patiënten nauwkeurig logopedisch onderzoek verricht en een nauwgezette gedragsobservatie uitgevoerd.

Conclusies over het al of niet reversibel zijn van een dementieel syndroom bij afasiepatiënten waren: 3 hadden een reversibel, 6 een

irreversibel dementieel syndroom en 4 patiënten overleden voor een conclusie mogelijk was. De soort afasie had geen invloed op deze verdeling.

Van Wersch-van der Spek (1980) vond bij 3 van de 27 (11,1%) patiënten zonder dementieel syndroom een afasie. De vergelijkbare cijfers uit onze studie zijn: 3 van de 71 patiënten (4,2%).

3. Vertebralis-basilarisinsufficiëntie

Deze diagnose werd bij 7 patiënten gesteld op grond van de aanwezigheid van ataxie en/of dysartrie en/of drop attacks en/of evenwichtsstoornissen. Bij 2 patiënten bestond er tevens een hemiparese links. Bij 4 van deze 7 patiënten bleek geen dementieel syndroom (meer) te bestaan na de observatieperiode; bij 3 patiënten was het dementieel syndroom irreversibel.

4. Parkinson(isme)

Bij 23 van de 230 geobserveerde patiënten (10,0%) bleken verschijnselen van Parkinsonisme te bestaan. Bij 5 van hen werden de symptomen door ons in eerste instantie toegeschreven aan een overdosering van psychofarmaca. Na het staken van deze geneesmiddelen verdwenen de verschijnselen van Parkinsonisme; slechts bij 1 van deze 5 patiënten bleek ook het dementieel syndroom reversibel te zijn, terwijl bij de 4 andere patiënten een irreversibel dementieel syndroom bleek te bestaan. Bij de resterende 18 patiënten (na uitsluiting van 5 patiënten met een iatrogeen Parkinsonisme) bestonden Parkinsonisme-verschijnselen van ernstige aard; deze gingen bij allen gepaard met ernstige A.D.L.-stoornissen, communicatiestoornissen in de zin van dysartrie of anartrie en ernstige stoornissen in mobiliteit.

Wij kozen bij de patiënten uit ons onderzoek voor behandeling met DOPA-preparaten met een perifere decarboxylase-remmende werking (Sinemet^R, Madopar^R), omdat:

- wij over het algemeen te maken hadden met hoogbejaarde patiënten, bij wie het belangrijker is "leven aan de jaren", dan "jaren aan het leven" toe te voegen;
- anticholinergica alleen zelden voldoende effect hadden;
- behandeling met het in het begin der jaren zeventig ontdekte amantadinezuur vaak zeer deprimerend was voor de patiënten, die na een aanvankelijke sterke verbetering binnen enkele maanden

weer achteruitgang tot het premedicamenteuze niveau ondergingen (zie ook casus 25, paragraaf 4.6). Bovendien hadden we in het somatisch verpleeghuis bij een aantal patiënten, die niet op amantadinezuur reageerden, ondervonden, dat wel een aanzienlijke verbetering werd bereikt met DOPA-preparaten.

We stelden de patiënten zeer voorzichtig en geleidelijk in onder controle van erythrocyten, leukocyten, trombocyten, lever- en nierfuncties, electrocardiogram en verschijnselen van hallucinaties en wanen. Als maximale doseringen gebruikten wij 4 dd. 1 sinemet-275 of 4 dd. madopar-250. Zodra hyperkinesieën optraden, hetgeen bij 4 patiënten gebeurde, verlaagden wij de op dat moment gebruikte dosering met een 1/2 sinemet of met 1 madopar-125. In alle gevallen verdween de hyperkinesie en handhaafden we de dosering op het bereikte niveau.

Van de 18 patiënten, die wij met DOPA-preparaten behandelden, waren de resultaten als volgt:

- Bij 5 patiënten vonden we géén enkele verbetering van de Parkinsonverschijnselen en bij al dezen bleek het dementieel syndroom irreversibel.
- Bij 8 patiënten trad een sterke verbetering op van de symptomen rigiditeit, speekselvloed, tremor en dysartrie en verminderden de A.D.L.-stoornissen aanmerkelijk. Bij deze 8 patiënten verbeterde ook de psychische toestand, doch slechts bij 4 van hen (22,2% van de met DOPA-preparaten behandelde patiënten) verdween het dementieel syndroom geheel. Bij de andere 4 patiënten bleef ondanks deze verbetering het dementieel syndroom irreversibel.

Bij één van deze 8 patiënten ontstond onder invloed van madopar^R een totaal atrioventriculair blok (casus 1, paragraaf 4.6). Deze patiënt, die volkomen A.D.L.-gestoord en nagenoeg comateus werd opgenomen, toonde onder invloed van de medicatie echter een zó dramatische verbetering, dat we in overleg met neuroloog en cardioloog besloten tot een pacemakerimplantatie en handhaving van de DOPA-medicatie. Hij verbleef daarna, hoewel rolstoelgebonden en verpleegbehoefstig bij wassen en kleden, overigens normaal functionerend en zonder dementieel syndroom, nog gedurende 14 maanden thuis en in dagbehandeling, vooraleer hij overleed. Bij een andere patiënt van de genoemde 8 patiënten traden bij een dosering van

3 dd. 1 sinemet-275 ernstige psychotische reacties op met optische en acustische hallucinaties en met achtervolgingswanen. Eerst ruim 3 maanden na het staken van de medicatie verdwenen de psychotische verschijnselen (casus 12, paragraaf 4.6). Bij deze patiënt was het dementieel syndroom reeds verdwenen, voordat met DOPA-therapie was begonnen.

- Bij 3 patiënten bleek geen verbetering op te treden van de Parkinsonverschijnselen (rigiditeit, tandradfenomeen, tremor, inactiviteit, speekselvloed e.d.), doch bij hen bleek na de observatieperiode geen dementieel syndroom (meer) te bestaan en ook na het staken van de DOPA-medicatie trad geen recidief dementieel syndroom op. Bij een van deze 3 patiënten trad wel een duidelijke verbetering van de communicatie op door logopedische behandeling van de dysartrie, die behalve als Parkinsonsymptoom ook geduid moest worden als restant van een vroeger doorgemaakt C.V.A..
- Tenslotte overleden 2 patiënten, voordat een conclusie over het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom mogelijk was. Samenvattend (zie tabel 4.50) kunnen we stellen, dat de verschijnselen van de ziekte van Parkinson door DOPA-medicatie bij 8 van de 18 patiënten (44,4%) verdwenen en voorts dat bij 7 van de 18 patiënten (38,9%) het dementieel syndroom reversibel en bij 9 van de 18 (50,0%) irreversibel bleek te zijn. Twee patiënten overleden voor het einde van de observatieperiode. Verbetering van de Parkinsonsymptomen ging niet steeds gepaard met het reversibel-zijn van een dementieel syndroom.

In de recente Nederlandse literatuur over observatie bij psychogeriatrische patiënten wordt nauwelijks melding gemaakt van Parkinsonisme. Fuldauer e.a. (1980) vermeldde, dat enkele Parkinsonpatiënten moesten worden ingesteld op medicijnen, doch noemden geen aantallen. Van Wersch-van der Spek (1980) maakte in haar poliklinisch onderzoek melding van een patiënt met een morbus Parkinson bij haar 27 patiënten die geen dementieel syndroom bleken te hebben.

Onze behandelresultaten, hoewel ze een vrij klein aantal patiënten betroffen, kwamen nagenoeg overeen met de resultaten van het onderzoek van Vignalou en Beck (1973) bij 122 Parkinsonpatiënten met een leeftijd tussen 70 en 90 jaar. Zij bereikten bij 50% duidelijk succes,

Tabel 4.50 Parkinsonisme bij 18 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk	Totaal
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom		
Verbetering of verdwijnen van de Parkinson- symptomen	4(57,1)	4(44,4)	-	8(44,4)
Geen verbe- tering	3(42,9)	5(55,6)	2(100,0)	10(55,6)
Totaal	7(100,0)	9(100,0)	2(100,0)	18(100,0)

N.B. : bij 5 andere patiënten verdween het Parkinsonisme na staken van psychofarmaca.

bij 20% matig succes en bij 30% werd óf geen succes bereikt óf was het beëindigen van de DOPA-therapie noodzakelijk door het optreden van bijwerkingen.

De behandelresultaten in ons onderzoek zijn in tegenspraak met de behandelresultaten van twee onderzoeken uit New York en Quebec. Lieberman e.a. (1979) vonden bij 520 Parkinsonpatiënten in 168 gevallen (32%) tevens tekenen van dementie. De demente patiënten waren ouder, hadden korter de ziekte van Parkinson en de ziekte van Parkinson was later ontstaan dan bij de andere Parkinsonpatiënten. De demente Parkinsonpatiënten toonden duidelijk minder verbetering op DOPA-therapie dan de niet-demente patiënten. Lieberman e.a. suggereren op grond van deze bevindingen het bestaan van twee vormen van de ziekte van Parkinson: een exclusief motorische aandoening bij een jongere populatie met een vrij lang en mild beloop en een goede reactie op DOPA-therapie; een tweede vorm met motorische én cognitieve verschijnselen bij een oudere populatie met een fulminant beloop en een slechtere reactie op DOPA-therapie. Pathologisch-anatomisch onderzoek zou deze veronderstelling ondersteunen, waarbij in de eerste vorm het neuronenvlies slechts optreedt in de substantia nigra en in de tweede vorm gegeneraliseerd neuronenvlies aangetroffen wordt. Wellicht hebben we hier te maken, aldus Lieberman e.a.,

met de ziekte van Alzheimer, die gepaard gaat met extrapyramidale symptomatologie.

Hakim en Mathieson (1979) vinden eveneens frekwenter dementie bij Parkinsonpatiënten dan bij de totale bevolking en suggereren eveneens een verwantschap tussen Parkinsonisme en de ziekte van Alzheimer. Zij vinden bij de ziekte van Parkinson in 56% (19 van de 34 patiënten) tevens dementie.

Ons onderzoek is uiteraard niet vergelijkbaar met deze twee studies. Bij ons werden de patiënten aangeboden wegens hun dementieel syndroom. In beide bovenvermelde studies werden patiënten opgenomen wegens hun ziekte van Parkinson. Toch is het resultaat van 44,4% verbetering van de Parkinsonsymptomen bij onze 18 patiënten in tegenpraak met het pessimisme van vooral Lieberman e.a. (1979). Het percentage irreversibele dementiële syndromen van 50 lijkt weliswaar redelijk overeen te komen met het percentage van 32 bij Lieberman e.a. en het percentage van 56 bij Hakim en Mathieson, maar enerzijds is de groep Parkinsonpatiënten in onze studie anders samengesteld en werd de diagnose pas tijdens de observatie gesteld, anderzijds ligt het percentage irreversibele dementiële syndromen in onze totale studie op 59.

Wij willen nog opmerken, dat intensieve observatie naar Parkinsonverschijnselen in de 4 weken observatieperiode noodzakelijk is, omdat de symptomen soms specifiek in wisselend van aard zijn.

5. Normale druk-hydrocephalus

In het begin van de jaren zeventig verscheen een aantal publicaties in de literatuur over dementie en normale druk-hydrocephalus, waarbij na het aanbrengen van een drainagesysteem de tekenen van dementie verdwenen. Salmon (1972) vond bij 80 volwassen patiënten met een hydrocephalus in 5 gevallen een "occult normal pressure hydrocephalus". Alle 5 patiënten verbeterden na het aanbrengen van een shunt. Van de gehele groep van 80 patiënten verbeterden er 32. Kieffer (1974) beschrijft een verbetering van de tekenen van dementie bij 9 van de 26 patiënten met een normale druk-hydrocephalus na het aanbrengen van een shunt.

Op grond van deze bevindingen hebben we in overleg met de neuroloog en een neurochirurg bij een aantal patiënten gezocht naar de diagnose

normale druk-hydrocephalus. Bij patiënten tussen de 65 en 80 jaar, met een geschiedenis van een dementieel syndroom korter dan 2 jaren en gedragsstoornissen tussen graad 2 en 4 (licht tot matig), zochten we naar de criteria voor een normale druk-hydrocephalus volgens o.a. De Lange en Moffie (1974):

1. Toenemende tekenen van dementering.
 2. Incontinentia urinae.
 3. Spastisch-atactisch looppatroon.
 4. Verbetering van de symptomen na lumbale punctie.
 5. Normaal beeld op een Technetiumseriescintigrafie van hoofd en hals.
 6. Gestoorde Rhisa-scan (Scan met Radioisotopic Human Iodinated Serum Albumin), waarbij normalerwijs de radioactiviteit boven de cisterna magna en ductus Sylvii na \pm 1 uur en boven de convexiteit en de sinus sagittalis superior en regio parasagittalis na 12-24 uur aantoonbaar is.
- Bij normale druk-hydrocephalus is de resorptie vertraagd met geen of late ophoping van contrast of vulling van de ventrikels.
7. Bij continue ventrikeldrukmeting gedurende 24 uur wordt een drukverhoging tijdens de nacht (normale druk bij staan en zitten, verhoogd bij liggen) vastgesteld.

We vonden 14 patiënten, die voldeden aan de criteria 1 t/m 5. Bij alle 14 patiënten werd een Rhisa-scan verricht, die bij 4 patiënten geheel normaal bleek te zijn. Bij de 10 andere patiënten bestond een vertraagde resorptie, in 5 gevallen licht van aard en in 5 gevallen ernstig van aard. Bij deze 10 patiënten werd gedurende 24 uur continu ventrikeldruk gemeten; bij 5 bestond er een nachtelijke drukverhoging en bij 5 was een gedurende 24 uur constante (vrij lage) druk aanwezig.

In overleg met neuroloog en neurochirurg werd bij de 5 patiënten met een nachtelijke drukverhoging besloten tot ventriculocardiale drainage met een Holterklep. Bij geen van de 5 patiënten trad enige verbetering op. Een patiënt toonde postoperatief dezelfde symptomen als pre-operatief en bleef gedurende 7 jaren daarna op hetzelfde niveau functioneren (zonder somatische of psychische vooruitgang of achteruitgang). Bij 3 andere patiënten was de psychische toestand

postoperatief slechter dan pre-operatief: de scores voor de graad van gedragsstoornissen lagen bij allen 1 punt hoger. Hun somatische toestand was vóór en na de operatie hetzelfde. Alle 3 patiënten gingen in het verdere verloop geleidelijk zowel lichamelijk als geestelijk achteruit en overleden cachectisch in de eindfase van een dementieel syndroom na resp. 1, 4 en 5 jaar. Een vijfde patiënt overleed postoperatief aan een bronchopneumonie.

De resultaten van deze behandelingen waren zo ontmoedigend, dat we daarna van verdere neurochirurgische ingrepen hebben afgezien. Het aantal patiënten met de diagnose normale druk-hydrocephalus zou wellicht hoger zijn geworden, indien we consequent naar deze diagnose waren blijven zoeken. Waarschijnlijk is slechts reversibiliteit of gelijkblijven in ernst van een dementieel syndroom door een normale druk-hydrocephalus te verwachten, indien op het moment van chirurgisch ingrijpen het dementieel syndroom van recente datum is, bijv. korter dan 6 maanden, zoals bij de éne patiënt in ons onderzoek, die gelijk bleef in somatische en psychische toestand. Alle andere 4 patiënten vertoonden sinds meer dan een jaar gedragsstoornissen.

6. Dysartrie/Anartrie

Deze spraakstoornis in expressieve zin vonden we bij 41 van onze 230 patiënten (17,8%). De oorzaken van deze dysartrie worden weergegeven in tabel 4.51.

Tabel 4.51 Oorzaken van dysartrie bij 41 van de 230 patiënten (17,8%)

Aantal patiënten (%)	
<u>Oorzaken:</u>	
1. Parkinsonisme	20 (48,8)
2. Vertebralis/basilaris-insufficiëntie	7 (17,1)
3. Status na (één of meer) C.V.A.	6 (14,6)
4. Onbekend (onderdeel van het irreversibel dementieel syndroom)	8 (19,5)
Totaal	41 (100,0)

Slechts bij 8 patiënten konden we géén neurologische oorzaak van de dysartrie aanwijzen en hadden we wellicht te maken met dysartrie als onderdeel van het apraxo-afaso-agnostisch symptomencomplex van het dementieel syndroom (irreversibel). Bij de andere 33 patiënten was de dysartrie een symptoom van andere neurologische aandoeningen (Parkinsonisme, vertebrale-basilarisinsufficiëntie of C.V.A.).

Dysartrie kwam minder vaak voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (8 van de 71: 11,3%) dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (26 van de 136: 19,1%) of dan bij patiënten, die overleden voordat een conclusie over het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom mogelijk was (7 van de 23: 30,4%). Bij de laatste patiënten hadden we met ernstige ziekten te maken. Bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom is dysartrie vaak een onderdeel van dat syndroom.

7. Apraxie

Bij 75 van de 230 patiënten (32,6%) vonden we een apraxie. Deze aandoening kwam relatief veel vaker voor bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (59 van de 136 patiënten: 43,6%). Dit komt overigens geheel overeen met de verwachting, omdat een apraxie onderdeel is van een irreversibel dementieel syndroom.

Bij 6 patiënten met een reversibel dementieel syndroom was de apraxie in alle gevallen een symptoom van een C.V.A. (2 patiënten) of van de ziekte van Parkinson (4 patiënten). Het hoge percentage apraxieën bij patiënten, bij wie een conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom onmogelijk was (43,5%: 10 van de 23 patiënten), moet verklaard worden door de ernstige ziektebeelden en de immobiliteit van deze patiënten.

8. Agnosie

Een verdere differentiatie van agnosieën laten we in het kader van deze studie achterwege. Duidelijk is, dat verreweg de meeste agnosieën (zie tabel 4.48) voorkomen in het kader van een irreversibel dementieel syndroom. Bij de 2 patiënten met een reversibel dementieel syndroom bestond een visuele agnosie bij een C.V.A. in de rechter hemisfeer.

9. Electro-encefalogram (EEG)

Het EEG behoorde in principe tot het routineprogramma van de

observatie. Bij 90 patiënten werd echter geen EEG gemaakt; bij 27 in verband met onrust en agressiviteit en bij 63 in verband met vervoersproblemen (zij zouden per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd hebben moeten worden). De verdeling van deze 90 patiënten naar reversibiliteit van hun dementieel syndroom was: 16 patiënten (17,8%) reversibel en 61 patiënten (67,8%) irreversibel dementieel syndroom, terwijl 13 patiënten (14,4%) overleden voor een conclusie mogelijk was. Het hoge percentage bij de laatste 2 groepen patiënten moet worden verklaard door agressiviteit/afweer bij de patiënten met een irreversibel dementieel syndroom en het hoge percentage immobiliteit bij de patiënten, waarbij de conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom onmogelijk was.

Bij de overige 140 patiënten werd in de 3e of 4e week van de observatie een EEG gemaakt (zie tabel 4.52). Van deze 140 patiënten hadden er 55 (39,3%) een reversibel dementieel syndroom, 75 (53,6%) een irreversibel dementieel syndroom en 10 (7,1%) overleden voor het einde van de observatieperiode. Bij 38 van deze 140 patiënten (27,1%) waren er geen afwijkingen in het EEG. Een normaal EEG kwam vaker voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (25 van de 55 patiënten: 45,5%) dan bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (12 van de 75: 16,0%). Bij de 12 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom vonden we, ook na intensief observeren, géén aanwijsbare oorzaken voor het dementieel syndroom.

Tabel 4.52 EEG-resultaten bij 140 van de 230 patiënten (60,9%) in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk (10 patt.)	Totaal (140 patt.)
	Reversibel dementieel syndroom (55 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (75 patt.)		
Normaal EEG (gezien leef- tijd)	25 (45,5)	12 (16,0)	1 (10,0)	38 (27,1)
Diffuus gestoord EEG	20 (36,4)	55 (73,3)	8 (80,0)	83 (59,3)
Frontotemporale stoornissen	15 (27,3)	17 (22,7)	2 (20,0)	34 (24,3)
Overige stoornissen	3 (5,5)	4 (5,3)	2 (20,0)	9 (6,4)

De meeste auteurs (o.a. Short and Wilson, 1971; Van Hellemond, 1972; Levy, 1972) wijzen op de betrekkelijke waarde van het EEG bij de diagnostiek van dementiële syndromen. Er komen normale EEG's voor bij ernstig psychisch gestoorde patiënten en ernstig gestoorde EEG's bij normaal functionerende bejaarden. Short en Wilson (1971) vonden bij patiënten met een seniele dementie slechts in 45% EEG-afwijkingen. Wij vonden bij 63 van de 75 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (84%) EEG-afwijkingen.

Bij 83 van de 140 patiënten (59,3%) waren er diffuse stoornissen zichtbaar in het EEG in de zin van algehele vertraging met afname van vooral het alfa-ritme. Van hen overleden 8 patiënten vóór de observatie was voltooid. Een diffuus gestoord EEG kwam, zoals vermeld, significant vaker voor bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom (55 van de 75 patiënten: 73,3%) dan bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom (20 van de 55 patiënten: 26,7%); chi-kwadraat = 4,7 en $p < 0,05$. Onzes inziens mogen we dan ook stellen, dat een normaal EEG een goede en een diffuus gestoord EEG een slechts prognose ten aanzien van de reversibiliteit van het dementieel syndroom betekent. Door het vrij grote aantal uitzonderingen hierop blijft de waarde van het EEG in de praktijk van de observatie echter betrekkelijk.

Bij 34 patiënten werden afwijkingen in het EEG gesignaleerd, die tot de frontotemporale gebieden beperkt waren. Het ging hier in alle gevallen om patiënten met een of meer C.V.A.'s in de voorgeschiedenis of om patiënten bij wie tijdens de observatie tekenen van een C.V.A. waren ontdekt. Bij 17 van deze patiënten (50%) bestond er tevens een diffuus gestoord EEG.

Tenslotte werden er bij 9 van de 140 patiënten (6,4%) EEG-afwijkingen van andere aard vastgesteld. Bij 8 patiënten betrof het vasculaire insufficiënties en bij een patiënt epileptische manifestaties zonder bekende epileptische insulten in de geschiedenis bij een normale hersenscan.

Wanneer we bij de EEG-stoornissen ons bepalen tot die patiënten, die behalve een diffuus gestoord EEG geen andere EEG-afwijkingen vertonen, we m.a.w. alle andere EEG-stoornissen uitsluiten, zien we, dat 75 patiënten een (slechts) diffuus gestoord EEG hebben. Van deze

75 patiënten bleken 20 patiënten (26,7%) een reversibel dementieel syndroom te hebben en bleven 55 patiënten (73,3%) een dementieel syndroom houden na de observatieperiode. Hieruit mogen we concluderen, dat een aldus gebruikte EEG-beoordeling een discriminerend vermogen heeft tussen het bestaan van reversibele en irreversibele dementiële syndromen en dat het EEG een onmisbaar hulpmiddel is bij de beoordeling van psychogeriatrische patiënten.

10. Lumbale puncties (L.P.)

Lumbale puncties werden slechts verricht op indicatie van neurologische afwijkingen, hetgeen bij 41 patiënten het geval was (zie tabel 4.53).

Bij 26 van deze 41 patiënten toonde de L.P. geen afwijkingen en bij de 15 patiënten met liquorafwijkingen betrof het steeds een verhoging van het eiwitgehalte. In geen van deze gevallen waren er konsekwenties voor de behandeling. Andere liquorafwijkingen (cellen, luesreacties, drukafwijkingen e.d.) werden niet gevonden. Bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom kwamen procentueel even vaak normale uitslagen van de L.P. voor als bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom.

Tabel 4.53 Resultaten van lumbale puncties bij 41 van de 230 patiënten (17,8%) in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):			Totaal
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom	Conclusie onmogelijk	
Geen afwijkingen	9 (64,3)	16 (64,0)	1 (50,0)	26 (63,4)
Verhoogd eiwit	5 (35,7)	9 (36,0)	1 (50,0)	15 (36,6)
Andere afwijkingen	-	-	-	-
Totaal	14 (100,0)	25 (100,0)	2 (100,0)	41 (100,0)

Concluderend stellen we dan ook, dat een L.P. niet tot het routineprogramma van een (psycho)geriatrische beoordeling behoort.

Slechts op stringente neurologische indicaties is een L.P. noodzakelijk.

11. Röntgenfoto van schedel en hals (X-schedel/hals)

Deze röntgenopnamen behoorden tot het routineprogramma van onze observatie (zie tabel 4.54).

Tabel 4.54 Diagnosen, gesteld met behulp van een X-schedel/hals bij 155 van de 230 patiënten (67,4%) in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):			
	Reversibel dementieel syndroom (55 patt.)	Irreversibel dementieel syndroom (86 patt.)	Conclusie onmogelijk (14 patt.)	Totaal (155 patt.)
<u>Diagnose:</u>				
Geen afwijkingen	44 (80,0)	68 (79,1)	11 (78,6)	123 (79,3)
Kalkvlekken	7 (12,7)	10 (11,6)	2 (14,3)	19 (12,3)
Hyperostosis frontalis	3 (5,5)	8 (9,3)	1 (7,1)	12 (7,7)
Cervicaal arthrosis	1 (1,8)	3 (3,5)	-	4 (2,6)
Osteoporose	1 (1,8)	1 (1,2)	-	2 (1,3)
Sella turcica vergroot	-	1 (1,2)	-	1 (0,7)

Bij 75 patiënten was het om praktische redenen onmogelijk een X-schedel/hals in het ziekenhuis te laten vervaardigen; bij 63 van hen in verband met vervoersproblemen (conform EEG) en bij 12 anderen mislukten de opnamen in verband met onrust/agressiviteit.

Van de 155 patiënten, bij wie een X-schedel/hals kan worden vervaardigd, hadden er 123 (79,3%) geen afwijkingen. Bij 19 patiënten (12,3%) was op een of meer plaatsen kalkafzetting zichtbaar, echter zonder konsekventies voor de behandeling. Twaalf patiënten hadden een hyperostosis frontalis, 4 een cervicaalarthrosis en een had een vergrote sella turcica (overigens zonder endocrinologische afwijkingen). Bij geen van deze diagnosen, gesteld met behulp van een X-schedel/hals waren er konsekventies in de zin van mogelijk behandelbare afwijkingen.

De verdeling van de diverse uitslagen van de rontgenfoto's naar gelang de reversibiliteit van de dementiële syndromen bij de patiënten wijkt nauwelijks af van de verdeling over alle 155 patiënten.

Samenvattend kunnen we ook ten aanzien van de X-schedel/hals stellen, dat het niet noodzakelijk is dit onderzoek in het routine programma van de beoordeling van psychogeriatrische patiënten op te nemen. De diagnose cervicaal artrose werd bij alle patiënten reeds tevoren gesteld als een vertebraalis-basilarisinsufficiëntie.

12. Lumbale pneumencefalografie (L.P.E.G.)

De L.P.E.G. is een voor de patiënt erg agressieve en belastende onderzoeksmethode, die wij slechts bij verdenking op tumoren gebruikten. Thans, in de jaren tachtig, wordt nagenoeg alleen de z.g. computertomografie toegepast. Slechts bij 14 van de 230 patiënten (6,0%) zagen wij destijds aanleiding tot het verrichten van een L.P.E.G. op grond van chronische hoofdpijn in combinatie met andere neurologische afwijkingen.

Vier patiënten vertoonden een normaal L.P.E.G., een patiënt met een reversibel en 3 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom. Bij 10 patiënten bestond een atrofie van het cerebrum met verwijde ventrikels en sulci. Al deze 10 patiënten hadden een irreversibel dementieel syndroom.

13. Luesreacties

Bij een patiënt, met een bekende lues, waren de luesreacties positief. Bij alle 229 andere patiënten bestonden negatieve luesreacties. Het routinematig verrichten van deze bepaling bij patiënten met een dementieel syndroom lijkt ons dan ook overbodig.

4.4.3.8 Immobiliteit

Hoewel immobiliteit géén diagnose is, maar een symptoom van een of meer van de reeds in de vorige paragrafen beschreven ziektebeelden, beschouwen we dit symptoom toch als een aparte identiteit in de etiologie van dementiële syndromen. Diverse auteurs (zie hoofdstuk I) beschreven immobiliteit en de daardoor dreigende hospitalisatie als een mogelijke oorzaak van een dermate grote inactiviteit en passiviteit, dat deze tot een dementieel syndroom kunnen leiden.

In tabel 4.55 wordt een overzicht weergegeven van de mate van immobiliteit in relatie tot de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom.

Tabel 4.55 Graad van mobiliteit bij 230 patiënten in relatie tot de conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom

	Aantal patiënten (%):		Conclusie onmogelijk	Totaal
	Reversibel dementieel syndroom	Irreversibel dementieel syndroom		
Normaal mobiel	34 (47,9)	96 (70,6)	3 (13,0)	133 (57,8)
Gedeeltelijk mobiel	11 (15,5)	11 (8,1)	2 (8,7)	24 (10,4)
Immobil	26 (36,6)	29 (21,3)	18 (78,3)	73 (31,8)
Totaal	71 (100,0)	136 (100,0)	23 (100,0)	230 (100,0)

Normaal mobiel noemden we die patiënten, die zich zelfstandig verplaatsten, evt. met hulpmiddelen (krukken, rolstoelen), en gedurende meer dan 12 uur per dag buiten hun bed of slaapkamer vertoefden. Gedeeltelijk mobiel achtten we die patiënten, die voor het verplaatsen van de ene naar de andere ruimte afhankelijk waren van personeel en die minder dan 12 uur, maar meer dan 4 uur per dag uit bed of buiten hun slaapkamer vertoefden. Immobil noemden we de patiënten, die, en dan nog met hulp van personeel, minder dan 4 uur per dag buiten hun bed konden verblijven.

Van de 71 patiënten met een reversibel dementieel syndroom waren er 34 (37,9%) normaal mobiel en 37 (52,1%) gedeeltelijk mobiel of immobil; van de 136 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom waren deze percentages resp. 70,6 en 29,4 en bij de 23 patiënten, bij wie een conclusie over het al of niet reversibel zijn van hun dementieel syndroom onmogelijk was resp. 13,0 en 87,0. Het hoge percentage immobiliteit bij de laatste 23 patiënten is te verklaren door de ernstige ziektebeelden, waardoor 22 van hen voor het einde van de observatieperiode overleden. Bij de overige 207 patiënten kunnen we uit deze gegevens geen conclusies trekken.

Een symptoom als mobiliteit/immobiliteit is hiertoe van te veel variabelen afhankelijk. Slechts de stelling, dat bij immobiele patiënten zo mogelijk een nog intensievere aandacht bij de multidisciplinaire beoordeling ten aanzien van het al of niet bestaan van een dementieel syndroom noodzakelijk is, lijkt ons vanuit bovenvermelde percentageverschillen gerechtvaardigd.

Aan het eind van deze paragraaf, waarin we de diagnostiek tijdens de multidisciplinaire observatie van vermeend psychogeriatrische patiënten bespraken, kunnen we concluderen, dat de diverse diagnoses meestal even vaak voorkwamen bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom als bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom. Uitzonderingen waren:

- Psychosociale problematiek, - met name de diagnoses sociaal isolement, depressie en debiliteit -, kwam vaker voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom.
- Overdosering van alcohol of geneesmiddelen, cardiale ritmestoornissen en immobiliteit kwamen eveneens vaker voor bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom.
- De symptomen apraxie, agnosie en dysartrie kwamen vaker voor bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom, dan bij de overige patiënten. Dit is verklaarbaar, omdat een apraxo-afasognostisch symptomencomplex onderdeel is van een irreversibel dementieel syndroom.

We hebben bij het uitwerken van de gegevens uit de medische diagnostiek om twee redenen slechts zeer beperkt statistische berekeningen toegepast:

1. Geen enkele variabele, genoemd in de paragrafen 4.4.3.1 tot en met 4.4.3.8 is in een direct causale relatie te brengen met het ontstaan van een dementieel syndroom. Door de multiple kwetsbaarheid en de daarbij horende geringe reservecapaciteit kan bij een bejaarde, zodra de grens van de reservecapaciteit is bereikt, elke willekeurige afwijking deze grens doen overschrijden en leiden tot gedragestoornissen of tot een al of niet reversibel dementieel syndroom. Zo kon bijvoorbeeld bij een patiënt de diagnose digitalisintoxicatie tijdens de vervolgperiode gesteld worden aan de hand van

het symptoom gedragsstoornissen, omdat het een herhaling van gebeurtenissen betrof. Bij een andere patiënte met een chronisch urineweginfect begon elke exacerbatie tijdens de vervolgperiode (gedurende 5 jaar 7 maal) met het symptoom verwardheid.

2. Vooral bij psychosociale problematiek worden een aantal diagnosen wellicht niet gesteld door gebrek aan voldoende anamnesegegevens en door de ernst van de gedragsstoornissen.

Het geringe percentageverschil tussen patiënten met en zonder dementieel syndroom bij verreweg de meeste diagnoses en/of symptomen onderstreept o.i. de theorie, dat bij het ontstaan van gedragsstoornissen de multiple kwetsbaarheid van de patiënt belangrijker is dan welke diagnose ook. Ook in paragraaf 4.6 bij het beschrijven van casus wordt deze theorie o.i. ondersteund.

4.5 Multidisciplinaire diagnostiek tijdens de vervolgonderzoekperiode

In het vervolgonderzoek tot begin 1982 werden nagenoeg geen relevante nieuwe diagnoses gesteld bij de patiënten uit deze studie. Bij geen enkele patiënt werden tijdens deze periode ziektebeelden ontdekt, die aanleiding waren tot wijziging van de conclusies over het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom. Bij 3 patiënten was, zoals reeds beschreven in de paragrafen 4.2.2.4 en 4.2.3.4, een overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk geweest (resp. 4, 4 1/2 en 7 jaar na de observatieperiode), niet als gevolg van een nieuwe diagnose maar ten gevolge van toename van reeds bestaande pathologie:

- eindfase van een morbus Parkinson;
- terminale fase van een prostaatacarcinoom;
- psychotische reacties bij debiliteit.

Wel waren medische redenen in een aantal gevallen aanleiding tot wijziging van het plaatsingsadvies, zoals reeds beschreven in de paragrafen 4.2.3.2 tot en met 4.2.3.4, maar dit betrof nooit een overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Intercurrente infecties, met name lucht- en urineweginfecties, werden in de loop van het vervolgonderzoek bij vele patiënten vastgesteld, bij sommigen meer dan eens; luchtweginfecties 62 maal bij 47 patiënten en urineweginfecties 96 maal bij 52 patiënten. Bij 9 patiënten ontstond tijdens de vervolgonderzoekperiode een C.V.A. en bij 3 patiënten werd alsnog een carcinoom ontdekt, resp. een maagcarcinoom, een bronchuscarcinoom en een primair levercelcarcinoom. Bij 13 patiënten werd tussen begin 1972 en begin 1982 een myocardinfarct gediagnostiseerd.

Elk der overige tijdens de vervolgonderzoekperiode vastgestelde diagnoses kwam slechts bij een patiënt voor en het lijkt ons overbodig dit per diagnose te vermelden.

Bij veel patiënten was tijdens de vervolgonderzoekperiode aanpassing van de medicatie noodzakelijk; antihypertensiva, diuretica, psychofarmaca, antidiabetica etc. Ook hiervan lijkt ons een uitvoerige beschrijving overbodig, en wel omdat de reden voor deze bijstelling van de medicatie nooit leidde tot een wijziging in de conclusie

over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom.

Ook het bijstellen van het behandel- en begeleidingsplan (verpleegplan) van de patiënten gebeurde tijdens de vervolgperiode ontelbare malen. Deze bijstellingen betroffen steeds details binnen de planning van de opvang van de patiënten en hadden nooit een wijziging van de conclusie over de reversibiliteit van de dementiële syndromen tot gevolg.

In sommige psychogeristische verpleeghuizen werden patiënten bij het toenemen van de graad van hun gedragsstoornissen intern overgeplaatst van een afdeling voor begeleidingbehoevende patiënten naar een afdeling voor verzorgingbehoevende resp. verpleegbehoeftige patiënten. Verandering in de toestand van de patiënten werd door ons tijdens het vervolgonderzoek vaker en sneller uit B.O.P.-lijsten gesignaleerd, dan uit medische of verpleegkundige dossiers. In deze dossiers verduisterde de gedetailleerdheid van de gegevens vaak het zicht op het geheel. De B.O.P.-lijsten hadden, zo ze niet mede aanleiding waren tot een interne overplaatsing, vaak een voorspellend karakter voor zulk een overplaatsing.

Begin 1982, bij het afsluiten van ons vervolgonderzoek, bleken er van de oorspronkelijke 230 geobserveerde patiënten:

- 9 patiënten uit het oog verloren (3,9%);
- 185 patiënten overleden (80,4%);
- 36 patiënten (15,7%) in leven te zijn.

Gerekend vanaf het einde van de observatieperiode bedroeg de gemiddelde periode van overleving tot begin 1982 36,4 maanden met als uiterste 0 en meer dan 120 maanden (begin 1982 nog in leven).

Van de 36 patiënten, die begin 1982 nog in leven waren, hadden:

- 11 patiënten geen dementieel syndroom (30,6%);
- 24 patiënten een irreversibel dementieel syndroom (66,7%);
- een patiënt verbleef met een ernstige psychose in een psychiatrisch ziekenhuis (2,7%).

In tabel 4.56 geven we een overzicht van de oorzaken van overlijden bij 185 patiënten, zoals deze werden weergegeven in de medische dossiers of op de enquêteformulieren. Opvallend is het hoge percentage (15,7) onbekende oorzaken.

Tabel 4.56 Doodsoorzaken bij 185 patiënten

	Aantal patiënten (%)	
Ziekten van de luchtwegen (waaronder CARA, infecties)	44	(23,8)
Ziekten van de tr.circulatorius, waaronder:		
- acuut myoc.infarct	22	(11,9)
- decomp. cordis	33	(17,8)
- C.V.A.	20	(10,8)
Cachexie t.g.v.:		
- carcinoom	12	(6,5)
- dementieel syndroom	9	(4,9)
- Parkinson	1	(0,5)
Urineweginfecties	6	(3,2)
Onbekend	29	(15,7)
Overige oorzaken	9	(4,9)
Totaal	185	(100,0)

Van de overige doodsoorzaken komen de percentages ongeveer overeen met de landelijke percentages tijdens ons vervolgonderzoek (we kozen het jaar 1979, Vademecum C.B.S., 1981): ziekten van de tractus circulatorius in 45,7% (in ons onderzoek 40,5%), myocardinfarct 18,5% (bij ons 11,9%), C.V.A. 10,8% (exact hetzelfde percentage vonden wij). Ziekten van de luchtwegen komen in ons onderzoek in 23,8% als doodsoorzaak voor, aanzienlijk meer dan het landelijke percentage van 6,1%.

Bij de 185 overledenen waren:

- 56 patiënten (30,3%) met een reversibel dementieel syndroom;
- 107 patiënten (57,8%) met een irreversibel dementieel syndroom;
- 22 patiënten (11,9%), die reeds tijdens de observatie overleden, voordat een conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom mogelijk was.

Vergelijking van deze percentages met de overeenkomstige percentages bij de patiënten, die begin 1982 nog in leven waren, lijken er op te duiden, dat een irreversibel dementieel syndroom in ons onderzoek geen invloed heeft op de overlevingsduur.

Indien wij onze conclusies zouden mogen generaliseren kunnen we ook uit de multidisciplinaire diagnostiek tijdens het vervolgonder-

zoek, duidelijker nog dan bij het vervolgonderzoek ten aanzien van de reversibiliteit van de dementiële syndromen en ten aanzien van de plaatsingsadviezen (paragraaf 4.2), concluderen dat na een multidisciplinaire observatie van vermeend psychogeriatrische patiënten met een vervolgonderzoek na 1 jaar kan worden volstaan, en wel omdat er door de diagnostiek tijdens de vervolgperiode nooit wijzigingen optreden in de conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom.

Indien in de volgende jaren bij een van de patiënten gedragsstoornissen zouden ontstaan, dan is o.i. een nieuwe multidisciplinaire observatie geïndiceerd.

In deze paragraaf proberen we door middel van de bespreking van een aantal casus, voornamelijk van patiënten met een reversibel dementieel syndroom, de multidisciplinaire werkwijze bij ons onderzoek te illustreren. In nagenoeg elke casus blijkt de multiple morbiditeit van de bejaarden van ons onderzoek.

We beschrijven slechts de gevonden afwijkingen en noteren niet telkens ook alle normale uitslagen.

Ter bescherming van de privacy hebben wij beroepen en andere sociale omstandigheden veranderd zonder daardoor de casuïstische waarde wezenlijk te schaden.

We beginnen elke ziektegeschiedenis met een samenvatting van de gegevens uit de hetero-anamnese en de sociale status.

Casus 1. Een 84-jarige ex-beeldhouwer leefde tot 3 maanden geleden gelukkig thuis met zijn echtgenote. Hij had verder geen familie. Patiënt was tevoren nooit ziek, behoudens een lichte decompensatio cordis, waarvoor hij de laatste 4 jaar 3 x per week 40 mg furosemide gebruikte. Drie maanden geleden is patiënt binnen een week veranderd van een actieve en humoristische man in een introverte, verwarde en agressief reagerende patiënt, die niets of niemand herkende en meestal stil in zijn stoel zat of in bed lag. Hij toonde geen enkel initiatief meer.

Opname-indicatie aanvrager: toenemende verwardheid, onrust en contactstoornis t.g.v. arteriosclerotische dementie en t.g.v. uitdroging. Diuretica zijn inmiddels gestopt.

Anamnese: onmogelijk door volledig inadequante reacties bij een algehele desoriëntatie. Patiënt is ernstig versuft en reageert vluchtig paranoïd en agressief. Er bestaat een ernstige dysartrie.

Onderzoek: - lichte decompensatio cordis bij lage tensie (120/70);
- lichte rigiditeit van wisselende ernst en rechts sterker dan links met een dubieus tandradfenomeen in beide ellebogen (in de overige gewrichten ontbrekend).
Tevens is er een maskergelaat, bewegingsarmoede en dysartrie;
- incontinentie voor urine en faeces;
- decubitusulcus aan de linkerhiel met neiging tot spitsvoetstand van de linkerenkel;
- osteoporose van zeer vele botten.

Beloop: tijdens de dagen, volgend op opname, bleef er een wisselend ernstige rigiditeit en een wisselende ernst van de tandradfenomenen bestaan.

Patiënt was nauwelijks aanspreekbaar, inactief en leek depressief op de opname te reageren, waardoor de ernst van de symptomen versterkt leek te worden.

EEG: diffuus gestoord (vertraagde reacties).

B.O.P.: 26 - 1 - 4 - 2 - 5 - 11.

Psychologische testen waren onmogelijk door de contactstoornis.

Graad van gedragsstoornissen: 8.

Tegen de decompensatio cordis werd patiënt behandeld met diuretica (om de dag 80 mg furosemide). Tegen de tekenen van de ziekte van Parkinson besloten we patiënt, nadat amantadinezuur geen enkel effect had gehad, in te stellen op sinemet-275 (een DOPA-preparaat met perifere decarboxylaseremmer): 1 tablet op de eerste dag en vervolgens elke 2 dagen 1/2 tablet meer, totdat op de tiende dag een dosis van 3 dd 1 sinemet-275 is bereikt. Vanaf de vierde dag werd patiënt actiever, werd het spreken weer verstaanbaar, verbeterde het contact en de mimiek en ging patiënt weer lopen, zij het nog moeizaam. Op de veertiende dag ontstond een totaal atrioventriculair blok, waarvoor in overleg met de internist en cardioloog in een ziekenhuis een pacemaker werd geïmplanteed. Na terugplaatsing verbeterde patiënt geleidelijk verder en 5 maanden na opname bestond er een goed looppatroon, een normale oriëntatie in tijd, plaats en persoon, een normale spraak zonder dysartrie en een goede geheugenfunctie. Ook de incontinentie voor urine en faeces waren verdwenen.

In verband met een slechte visus werd patiënt verwezen naar een oogarts, die een nieuwe bril voorschreef.

B.O.P. (na 5 maanden): 17 - 0 - 4 - 5 - 2 - 4.

Graad van gedragsstoornissen na 5 maanden: 2. Er waren nog concentratiestoornissen.

In deze conditie werd patiënt naar huis ontslagen, aanvankelijk met dagbehandeling. Thuis ontwikkelde patiënt weer snel zijn normale activiteiten.

Controle: bij controle 1 jaar na de observatie verkeerde patiënt in een goede lichamelijke en geestelijke conditie. De scores van de psychologische testen waren thans geheel normaal, inclusief de A.D.M.: normaal gedrag (graad 0).

Twee maanden later werd patiënt aangeboden voor opname in een somatisch verpleeghuis na een cerebrovasculair accident in het gebied van de arteria basilaris. Door evenwichtsstoornissen was patiënt A.D.L.-gestoord geraakt en was hij rolstoelgebonden.

Tijdens de tweede maand van deze opname overleed patiënt ten gevolge van een bronchopneumonie.

Casus 2. Deze sinds 20 jaar als C.A.R.A.-patiënt bekende 79-jarige man leefde de laatste 3 jaar op de grens van een respiratoire insufficiëntie. Sinds zijn pensionering is deze ex-timmerman steeds meer inactief geworden door gebrek aan hobby's en aan contacten. Zijn echtgenote en zijn 12 kinderen slaagden er niet in deze (al-tijd reeds) introverte patiënt te activeren. De laatste 8 maanden, waarin patiënt driemaal in het ziekenhuis verbleef wegens luchtweginfecties, raakte hij toenemend verward, vergeetachtig en soms fel-agressief.

De laatste maand voor opname werd patiënt tevens incontinent voor urine en faeces en volkomen gedesoriënteerd.

Opname-indicatie aanvrager: toenemende hardnekkige dementering bij C.A.R.A.-patiënt, die geen medicijnen meer gebruikt.

Anamnese: bij opname door dyspnoe en door desoriëntatie in tijd, plaats, persoon en eigen geschiedenis onmogelijk.

Onderzoek: - bronchopneumonie met toxisch bloedbeeld;
- decompensatio cordis;
- beperkte visus beiderzijde door cataract;
- ernstige hardhorendheid bij defect gehoorapparaat;
- urineveginfectie bij prostaathypertrofie.

EEG: normaal.

Beloop: patiënt werd behandeld met antibiotica (10 dagen 4 dd 500 mg ampicilline), werd ingesteld op diuretica (om de dag 40 mg furosemide) en op een theofyllinepreparaat (3 dd 200 mg). Onder dit regime verdween de bronchopneumonie en het toxisch bloedbeeld (B.S.E. daalde tot 27) en verminderde de dyspnoe aanzienlijk. Ook verdwenen de verwardheid en de incontinentie. Nadat het gehoorapparaat was hersteld ontwikkelde patiënt zich binnen enkele weken tot een gezellige, zij het wat lakonieke, medepatiënt.

De aanvankelijk op verpleegbehoefte wijzende B.O.P.-lijst verbeterde in 3 weken tot vrijwel normaal: resp. 36 - 8 - 3 - 2 - 5 - 10 en 7 - 0 - 1 - 1 - 2 - 5. De graad van gedragestoornissen was in de derde week: 4. Bij de beoordeling van patiënt veroorzaakte zijn opgewekt-lakonieke gedrag soms problemen. Er bestond nog een licht gestoord herinneringsvermogen met persevereren en soms confabuleren en er was nog een desoriëntatie in tijd. In overleg met zijn echtgenote en hun kinderen konden we patiënt in afwachting van een plaatsing in een verzorgingshuis terug naar huis ontslaan.

Controle: 3 maanden later kon het echtpaar worden opgenomen in een verzorgingshuis, alwaar wij bij controle 1 jaar na de observatieperiode een enthousiaste, zich correct gedragende, man aantroffen, die vele contacten had ontwikkeld in het verzorgingshuis. De resultaten van psychologische testen waren nu geheel normaal, behalve lichte concentratiestoornissen bij de A.D.M.: gedragestoornissen graad 1.

B.O.P. (na 1 jaar): 5 - 0 - 1 - 1 - 0 - 2.

Ook in het tweede en derde jaar na observatie bleef patiënt, die af en toe een exacerbatie van zijn C.A.R.A. doormaakte, op hetzelfde niveau: identieke B.O.P.-lijsten en gedragestoornissen graad 1.

Hij overleed aan het begin van het vierde jaar aan een bronchopneumonie.

Casus 3. Ondanks een zwaar leven was deze 71-jarige ex-arbeider (ongeschoold) altijd een levenslustige man. Na zijn pensioen wijdde hij alle aandacht aan zijn vogelliefhebberij en aan zijn vele kleinkinderen (patiënt had 10 kinderen). Patiënt werd 3 jaar geleden voor het eerst in zijn leven in een ziekenhuis opgenomen wegens een combinatie van C.A.R.A., decompensatio cordis en hypertensie.

Sinds die opname is patiënt toenemend inactief geworden. Hij gebruikte als medicatie: 4 dd 250 mg acefyllinepiperazine, 1 dd 0,25 mg digoxine en a.n. 50 mg promethazine.

Opname-indicatie aanvragers: dementie bij C.A.R.A.. Incontinentie voor urine en faeces.

Anamnese: onmogelijk. Patiënt is suf, passief en niet tot verbaal contact in staat.

Onderzoek: - ernstige dehydratie;
- tekenen van digitalisintoxicatie (1e-graads atrioventriculaire blok en bradycardie);
- EEG: tekenen van circulatie-insufficiëntie links frontotemporale. Boven beide Aa. carotides waren ruw schavende systolische souffles te horen.

Beloop: aanvankelijk stuitte elke behandeling op verzet en agressie. We stakten alle medicatie en probeerden patiënt te rehydreren. In de tweede week van opname lukte het hem voldoende voeding en vocht te laten opnemen en nam hij als medicatie 3 dd. 250 mg. acefyllinepiperazine en 's-avonds 1/2 tablet (2,5 mg) nitrazepam. Heel geleidelijk verbeterde de algehele toestand en er ontstond een normale hydratatie, de sufheid en agressiviteit verdwenen en patiënt werd weer continent voor urine en faeces. Tijdens de observatieperiode maten we als graad van gedragsstoornissen: 8 en scoorde de patiënt op de B.O.P.-lijst: 40 - 5 - 6 - 2 - 6 - 14. In de tweede maand van opname keerden het geheugen en de oriëntatie geleidelijk terug en patiënt gaf weer blijk van belangstelling voor zijn omgeving.

In de loop van de derde maand werd het gedrag weer normaal, beter dan de familie het in de afgelopen 5 jaar had gezien. De uitslagen van psychologische testen waren geheel normaal, ook de A.D.M.

Graad van gedragsstoornissen: 1 (patiënt was nog angstig voor een recidief).

B.O.P. (15 weken na observatie-opname): 3 - 0 - 0 - 1 - 0 - 2.

Controle: patiënt kon 3 1/2 maand na opname weer naar huis worden ontslagen. Er ontstonden geen cardiale problemen na het stoppen van de digoxine. Bij de controle 1 jaar na de observatie was zijn toestand ongewijzigd: graad 1.

Patiënt overleed 2 maanden later thuis door een exacerbatie van de C.A.R.A.

Onzes inziens was bij deze patiënt door de combinatie van promethazine en digoxine een reversibel dementieel syndroom ontstaan.

Casus 4. Sinds het overlijden van haar echtgenoot 2 jaar geleden is deze 78-jarige vrouw teruggetrokken gaan leven. Haar 3 kinderen, met wie een uitstekend contact bestond, beschrijven haar als hyperactief-nerveus. In het laatste jaar, waarin zij haar huis niet meer verlaat, heeft zij soms optische én acustische hallucinaties, zijn er geheugenstoornissen ontstaan en is patiënte 's avonds wel eens angstig-benaauwd.

Patiënte was nooit ziek en gebruikt sinds 2 1/2 jaar 1 dd 0,25 mg digoxine wegens atriumfibrilleren.

Opname-indicatie aanvrager: progressieve dementie.

Anamnese: er is een short-memorystoornis en een desoriëntatie in tijd en persoon. Overigens is er een correcte anamnese en patiënte is zich bewust van haar problemen.

Onderzoek: - depressiviteit en sociaal isolement;
- paranoiaïd-hallucinatoir syndroom;
- ziekte van Parkinson;
- urineweginfectie met E.coli;
- decompensatio cordis;
- digitalisintoxicatie (ECG: atriumfibrilleren met een ventrikelfrekventie van 48/minuut, 1e-grads atrio-ventriculair blok en tekenen van ischemie).

Er is een normaal EEG en er zijn normale laboratoriumuitslagen, m.n. een normale thyroxineserumspiegel.

Beloop: er werd een complex aantal maatregelen genomen:

1. De digitalisatie werd aanvankelijk gestaakt en later op geleide van de corffrekventie gesteld op 3 x per week 0,25 mg digoxine;

2. Diuretische medicatie bleek noodzakelijk tot een dosis van om de andere dag 80 mg furosemide en 100 mg triamteren.

3. Het urineweginfect werd op geleide van een kweek en resistentiepatroon bestreden met 4 dd 1 gr nalidixinezuur gedurende 10 dagen.

4. Patiënte werd geleidelijk ingesteld op Sinemet^R tot een maximum van 4 dd 1 tablet sinemet-275, bereikt na 14 dagen.

Door deze combinatie van maatregelen verdwenen geleidelijk alle tekenen van angst, depressiviteit, hallucinaties en wanen. De Parkinsonverschijnselen verminderden aanzienlijk: betere mimiek, afname van talgsecretie en speekselvloed, vermindering van de ernst van de tremor en van de dysartrie.

Het looppatroon van patiënte was ook tevoren nauwelijks gestoord. Er ontstond weer een goede communicatie met patiënte vanuit een redelijke oriëntatie en haar gedrag werd weer vrijwel normaal.

Bestonden er in de tweede week van opname nog ernstige gedragsstoornissen (graad 6), waarbij testen mislukten door de angst van patiënte, na 4 weken was er reeds een duidelijke verbetering (B.O.P.: 22 - 3 - 1 - 5 - 0 - 3), die zich verder voortzette tot het bovenbeschreven niveau, hetgeen we 2 maanden na opname konden vastleggen met psychologische testen en een B.O.P.-lijst: gedragsstoornissen graad 3 en een B.O.P.-score van 11 - 2 - 1 - 5 - 0 - 3.

Controle: tijdens de verdere opname ontwikkelde patiënte 3 maal een urineweginfectie met dysurie en koorts, telkens gepaard gaande met ernstige verwardheid en paranoia (eenmaal met maximale gedragsstoornissen graad 8), die telkens weer verdwenen tijdens de behandeling met urinewegdesinfectantia of antibiotica.

Patiënte kon 7 maanden na opname worden overgeplaatst naar een verzorgingshuis. Bij de controles na 1 en na 2 jaar werden 2 maal in successie, bevestigd door psychologische testen, gedragsstoornissen graad 3 vastgesteld met als resp. B.O.P.-lijsten: 8 - 3 - 0 - 2 - 2 - 4 en 13 - 6 - 1 - 3 - 2 - 6.

Aanvankelijk was het gedrag van patiënte in het verzorgingshuis goed aangepast, maar aan het eind van het tweede jaar na observatie namen de Parkinsonverschijnselen in ernst toe en moest patiënte worden overgeplaatst naar een somatisch verpleeghuis i.v.m. A.D.L.-stoornissen.

Evaluatie begin 1982: patiënte bleek 4 1/2 jaar na de observatie vanuit het somatisch verpleeghuis te zijn overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis omdat er totaal geen contact meer met patiënte mogelijk was en er herhaaldelijk agressieve buien waren. Door de Parkinsonverschijnselen was patiënte bedlegerig en geheel verpleegbehoefstig geworden en zij overleed 6 maanden na de overplaatsing cachectisch.

Case 5. Een eenvoudige 86 jaar oude vrouw, die 5 jaar geleden met haar echtgenoot verhuisde naar een bejaardenwoning. Patiënte, die geen kinderen had, was geheel afhankelijk van haar echtgenoot, die haar haar hele leven had verwend. Sinds het overlijden van haar echtgenoot, 6 weken voor opname, is patiënte geheel ontredderd en verward geraakt.

Opname-indicatie aanvrager: demente initiatiefloze vrouw.

Anamnese: nagenoeg onmogelijk door afwerend en schuw gedrag. Er is een monotone spraak en een desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Geheugen en inprenting zijn gestoord, de concentratie is zeer vluchtig en er zijn gnostische stoornissen.

Onderzoek: - reactieve depressie (onvoltooid rouwproces) bij een in sociaal isolement geraakte patiënte;
- debiliteit (I.Q. steeds \pm 80);
- decompensatio cordis bij mitralisinsufficiëntie en aortasclerose. Tevens atriumfibrilleren met een ventrikelfrekwentie van 116 slagen per minuut.

Het EEG was normaal.

Behoop: na digitaliseren tot een onderhoudsdosis van om de dag 0,25 mg digoxine, na instellen op diuretica tot een onderhoudsdosis van om de dag 40 mg furosemide werd in overleg met een psychiater begonnen patiënte in te stellen op antidepressiva; aanvankelijk clomipramine, later amitriptyline HCl tot een dosis van 3 dd 25 mg. Hierdoor verdwenen de depressieve reacties en de angst. Mede door de opname zelf (doorbreken van het isolement) ontwikkelde patiënte zich tot een aan haar nieuwe omgeving aangepaste bejaarde.

B.O.P. (3e week): 8 - 1 - 2 - 3 - 1 - 8.

Graad van gedragestoornissen: 4 (aanvankelijk bleven angst, persevereren en concentratiestoornissen bestaan).

Na 6 weken konden we patiënte naar een somatisch verpleeghuis in de buurt van haar vroegere omgeving ontlaan, hoewel op dat moment nog een graad 3 gedragestoornissen bestond.

Controle: bij controles 1/2, 1, 2 en 3 jaar na de observatie waren de B.O.P.-lijsten steeds ongewijzigd en gedroeg patiënte zich normaal (gedragstoornissen graad 0). Psychologische testen waren, ondanks het lage I.Q., normaal en ook de A.D.M. I en II waren nu traag maar correct.

Inmiddels was \pm 1 jaar na observatie de antidepressieve medicatie geleidelijk gestaakt zonder recidiveren van de depressie. Evaluatie begin 1982: patiënte bleek 14 maanden na onze laatste controle plotseling te zijn overleden (oorzaak onbekend). Tot het overlijden had zij actief en aangepast in het somatisch verpleeghuis gefunctioneerd.

Casus 6. Deze 75-jarige weduwe was tot haar 45e jaar gehuwd geweest met de rector van een lyceum en kreeg een zoon en een dochter. Zij was zeer actief. Na het vroege overlijden van haar echtgenoot was zij nog een aantal jaren onderwijzeres op een B.L.O.-school, voordat zij na haar pensionering naar een verzorgingshuis verhuisde in het dorp waar haar zoon pastoor was. Patiënte leefde hier in een beperkt kringetje en verloor heel geleidelijk haar initiatief en activiteit. Zij was nooit ziek. De laatste 2 jaar voor opname ontstonden er toenemende geheugenstoornissen en desoriëntatie in tijd en plaats en vertoonde zij soms verworpen reacties. Met een collumfractuur links als gevolg van een val moest zij 3 maanden geleden worden opgenomen in een ziekenhuis voor een artroplastiekoperatie, waarna zij geestelijk nog verder achteruitging.

Opname-indicatie aanvrager: ernstige dementie.

Anamnese: patiënte klaagt over pijn in de onderbuik. Verder zijn er geen klachten. Zij is gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon, toont ernstige inprentingsstoornissen en geheugenhiaten en is onrustig. Er zijn orale automatismen aanwezig. Patiënte beschikt over een goede façade.

Onderzoek: - urineweginfectie met *Pseudomonas aeruginosa* bij een verblijfcatheter, gegeven i.v.m. incontinentie;
- osteoporose van ernstige aard;
- dementieel syndroom.

EEG: diffuus vertraagde activiteit.

Beloop: de urineweginfectie bleek van chronische aard te zijn, maar na het verwijderen van de verblijfcatheter waren er geen klachten meer, hoewel de bacteriurie bleef bestaan. De mobilisatie en loopscoling van patiënte verliepen voorspoedig en 3 weken na opname was o.l.v. de fysiotherapeut een normaal looppatroon bereikt. Inmiddels was het gedrag van patiënte maar weinig veranderd: de automatismen waren verdwenen en patiënte is meestal rustig, maar overigens bleven de bij anamnese vermelde afwijkingen bestaan.

B.O.P.: 20 - 4 - 2 - 3 - 1 - 7.

Graad van gedragsstoornissen: 6.

Hoewel wij een plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis adviseerden, was het verzorgingshuis waar patiënte eerder verbleef bereid haar, na overleg met de familie, opnieuw op te nemen.

Controle 1 jaar na de observatie toonde een verbeterde patiënte: er was nog desoriëntatie in tijd en licht in plaats en er waren lichte inprentingsstoornissen, maar door de goede façade was het patiënte gelukt zich aan te passen.

We noteerden gedragsstoornissen graad 2 en handhaafden onze conclusie; irreversibel dementieel syndroom.

Bij de controle 2 jaar na de observatie was patiënte inmiddels 8 maanden tevoren overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis wegens toenemende agressiviteit en nagenoeg volledig geheugenverlies. Bij navraag bleek, dat patiënte vanaf opname in het verzorgingshuis veel hulp had gekregen van medebewoners en personeel en zich daardoor lang had weten te handhaven. Wellicht was een verbaal I.Q. van 109 en een performaal I.Q. van 103 op de W.A.I.S. bij de eerste controle in verhouding tot de premorbide intelligentie te laag voor gedragsstoornissen graad 2. Bij de laatste controle scoorde patiënte gedragsstoornissen graad 3.

Evaluatie begin 1982: patiënte verblijft nog steeds, ruim 7 jaar na haar observatieperiode, in het psychogeriatrisch verpleeghuis, waar zij bedlegerig en geheel verpleegbehoefstig is en maximaal gedragsgestoord (graad 8).

Casus 7. 81-Jarige patiënte, die sinds 10 jaar weduwe is en na de verhuizing van haar enige zoon sinds 5 jaar alleen woont. Patiënte is na die verhuizing depressief geworden en op advies van haar zoon naar de huisarts gegaan. Sinds die tijd gebruikt patiënte trouw 3 dd 10 mg nortriptyline en 3 dd 25 mg levomepromazine. Aanvankelijk verminderde de depressiviteit hierdoor, maar geleidelijk was patiënte geïsoleerd geraakt en had een ontremd-eufoor gedrag ontwikkeld met decorumverlies.

Anamnese: niet betrouwbaar.

Opname-indicatie aanvrager: dementie met ontremd gedrag.

Onderzoek: - duidelijk sociaal isolement;
- manisch-eufoor gedrag met concentratiezwakte en decorumverlies en met infantiele gedragingen.

Somatisch is patiënte gezond. EEG: normale uitslagen.

Psychologische testen: normale scores. Het onderzoek is zeer tijdrovend door de manische, eufore en klevende reacties van patiënte. Gedragsstoornissen graad 0.

B.O.P.: 3 - 2 - 0 - 2 - 0 - 1 (3e week).

Beloop: na het staken van alle medicatie verdween in 3 weken het manisch-eufore gedrag geheel en kon patiënte zich weer normaal concentreren. Mede door het opheffen van het isolement ontwikkelde patiënte een adequaat en behulpzaam gedrag. In de 4e week konden we patiënte naar huis ontslaan in afwachting van plaatsing in een servicewoning, hetgeen binnen 2 maanden mogelijk bleek.

Controle na 1 jaar toonde een identieke B.O.P.-lijst en de scores op de psychologische testen waren nagenoeg dezelfde maar het testen vergde aanzienlijk minder tijd. De scores op de A.D.M. waren echter nu zeer matig wegens concentratiezwakte en we concludeerden hierdoor tot gedragsstoornissen graad 1. In overleg met de zoon van patiënte en de directie van de servicewoning besloten we patiënte desondanks aldaar te handhaven. Bij de volgende controles, 2 en 3 jaar na de observatie, bleek de toestand van patiënte ongewijzigd; gedragsstoornissen graad 1. Zij had zich goed aangepast en kon zich zonder hulp goed handhaven.

Evaluatie begin 1982: patiënte verblijft 8 jaar na de observatie nog steeds in haar servicewoning, adequaat en zelfstandig functionerend ondanks haar hoge leeftijd van inmiddels 88 jaar.

Casus 8. Sinds het overlijden van haar echtgenoot 20 jaar geleden woont deze 88-jarige weduwe alleen met een invalide dochter. Met de 5 andere kinderen bestaat slechts incidenteel contact. Door een goed pensioen (echtgenoot was ingenieur) kon zij zich met haar dochter goed handhaven totdat zij 5 jaar geleden haar heup brak. Na een ziekenhuisopname en een operatie leerde patiënte slechts met hulp weer lopen, waardoor zij, weer thuis, geïsoleerd raakte. Geleidelijk ontstonden er in dit isolement geheugenstoornissen en werd een langer verblijf thuis onverantwoord door het ontstaan van gevaarlijke situaties door haar ernstige vergeetachtigheid.

Opname-indicatie aanvrager: arteriosclerotische dementie.

Anamnese: ernstige passiviteit, zeer traag reageren. Patiënte zegt bedlegerig te zijn door spierzwakte en moeheid. Zij is altijd moe en koud.

Hoewel zij zeer traag reageert, lijkt patiënte over een normale oriëntatie en over een normaal geheugen te beschikken.

Onderzoek: - hypothyreoïdie. Bij verder nazoeken blijkt dit een na het overlijden van haar huisarts vergeten diagnose te zijn, die reeds 15 jaar tevoren gesteld was;
- ernstige anemie (hemoglobine 5,8 mmol/L) bij een vitamine B₁₂-resorptiestoornis (Schillingtest 9,1%);
- decompensatio cordis;
- beperkt gehoorsvermogen;
- beperkte visus door cataract.

EEG: licht diffuus vertraagd.

Beloop: - patiënte werd zeer geleidelijk ingesteld op Thyranon^R, beginnend met 1 dd 1/8 tabl. à 50 mg en per 14 dagen vermeerderd met 1/8 tablet, onder controle van ECG, cholesterolgehalte, gewicht en thyroxinespiegel. Bij een dosis van 1 3/8 tablet (68,75 mg) ontstond een hyperactief en chaotisch gedrag, dat weer verdween na daling van de thyranondosering. We bepaalden tenslotte in overleg met de internist de dosis op 1 dd 50 mg thyranon. Er traden geen verdere problemen op door deze medicatie;

- door 40 mg furosemide verdween de decompensatio cordis snel en volledig;

- er bleef, ondanks vitamine B₁₂-injecties, een lichte anemie (Hb 7,1 mmol/L) bestaan.

Door al deze maatregelen ging patiënte sneller en actiever reageren, hetgeen haar gedrag de trage façade ontnam. Reeds in de derde en vierde week van opname, lang voor de optimale dosering thyranon was bereikt, concludeerden wij, dat bij haar géén dementieel syndroom bestond.

B.O.P. (3e week): 14 - 0 - 6 - 2 - 0 - 12.

Gedragstoornissen (4e week): graad 0.

Door een heupcontractuur en loopstoornissen, aanwezig sinds de collumfractuur 5 jaar geleden, bleef patiënte A.D.L.-gestoord en was verblijf in een somatisch verpleeghuis noodzakelijk.

Patiënte weigerde een gehoorapparaat en een bril.

Controle 1 jaar na opname toonde duidelijk toegenomen activiteit, o.a. vastgelegd in de B.O.P.-lijst: 4 - 0 - 1 - 2 - 0 - 5. Het gedrag van patiënte was adequaat en psychologische testen hadden normale uitslagen. Omdat er enig persevereren was stelden we de graad van gedragsstoornissen op 1.

Controle 2 jaar na de observatie toonde een ongewijzigd beeld: B.O.P. 6 - 1 - 2 - 4 - 0 - 4 en gedragsstoornissen graad 1.

Patiënte overleed 2 maanden na de laatste controle door een acute aanval van asthma cardiale.

Casus 9. Een 80-jarige weduwe, die sinds 5 jaar, na het verkopen van haar winkel, rentenierend alleen woont. Zij werd reeds op haar 50e jaar weduwe en "runde" daarna de winkel, hard verkend en opgewekt, tot zij 75 jaar werd. Volgens de 5 kinderen, met wie goed en veelvuldig contact bestond, was zij de laatste 4 maanden vrij snel achteruitgegaan door geheugenstoornissen, verwardheid en hallucineren. Thuiswonen was niet langer verantwoord.

Opname-indicatie aanvrager: arteriosclerotische dementie met acustische hallucinaties.

Anamnese: aanvankelijk door doofheid nauwelijks mogelijk. Patiënte zingt overal doorheen. Met een geluidaversterkende communicator blijkt door de liederen heen een normale en correcte anamnese mogelijk te zijn. Patiënte heeft melodische hallucinaties, die haar de hele dag bezig houden en haar depressief stemmen en aan huis gebonden houden. Deze hallucinaties bestaan reeds een aantal jaren, maar patiënte durfde er nooit over te praten uit angst voor "gek te worden uitgemaakt". Patiënte klaagt verder over moeheid en over futloosheid.

Voorgeschiedenis: sinds ongeveer 10 jaar wordt patiënte behandeld met een combinatiepreparaat van 0,1 mg reserpine + 10 mg dihydralazine + 10 mg hydrochloorthiazide wegens hardnekkige hypertensie.

Onderzoek: - sociaal isolement met depressiviteit door reserpinegebruik en door hallucinaties;
- totaal atrioventriculair blok met bradycardie;
- ernstige doofheid met acustische hallucinaties.

Beloop: patiënte werd meteen overgeplaatst naar een ziekenhuis voor een pacemakerimplantatie. Bij terugplaatsing voor verdere observatie waren alle medicijnen gestaakt en waren moeheid, hallucinaties en futloosheid verdwenen. Patiënte leerde om te gaan met een gehoorcommunicator, hetgeen haar contact met anderen sterk verbeterde en de depressiviteit geleidelijk deed verdwijnen. Na 3 weken werd een gehoorapparaat aangemeten bij patiënte. Binnen deze periode vertoonde zij reeds een normaal gedrag en geheel normale psychologische testen. De B.O.P.-score in de derde week was: 10 - 0 - 2 - 2 - 2 - 8. Het gelukte patiënte met spoed in een servicewoning te plaatsen, waar zij zich snel en uitstekend aanpaste.

Controle 1 jaar later: aanvankelijk waren er geen problemen. Vanaf de 5e maand was patiënte echter weer geïsoleerd geraakt en in de 8e maand was patiënte overgeplaatst naar een somatisch verpleeghuis wegens A.D.L.-stoornissen.

Bij opname aldaar bleek een decompensatio cordis te bestaan, lichte desoriëntatie in tijd en concentratiestoornissen (A.D.M. bleek bij psychologisch onderzoek onmogelijk). Er werden gedragsstoornissen graad 2 vastgesteld en de B.O.P.-score was 27 - 4 - 4 - 5 - 1 - 11. Onder invloed van diuretica verdwenen al deze symptomen weer en 3 maanden later kon patiënte weer in goede conditie worden ontslagen, nu echter naar een verzorgingshuis om vereenzaming te voorkomen.

Om haar niet overbodig te belasten herhaalden we op dat moment geen psychologisch onderzoek. B.O.P.-score bij ontslag: 7 - 0 - 0 - 1 - 1 - 5.

Bij controle 2 jaar na de observatieperiode maakt patiënte in het verzorgingshuis een uitstekende indruk. Psychologische testen zijn, inclusief de A.D.M., geheel normaal (graad 0) en de B.O.P.-score is: 8 - 0 - 1 - 1 - 2 - 6.

Evaluatie begin 1982: patiënte verbleef gedurende 6 jaar na de observatie adequaat functionerend in een verzorgingshuis, voordat zij daar door onbekende oorzaak in 1981 vrij plotseling overleed. De laatste B.O.P.-scores, gemeten 3 maanden voor overlijden, waren: 10 - 0 - 0 - 1 - 0 - 8.

Casus 10. Sinds het overlijden van zijn echtgenote woonde deze 76-jarige man gedurende 9 jaren alleen, totdat hij 1 jaar geleden wegens een myocardinfarct werd opgenomen in een ziekenhuis. Na ontslag ging hij inwonen bij zijn enige dochter, die naast een café woonde. In dit café legde de ex-vertegenwoordiger nieuwe contacten onder het genot van vrij veel alcohol. Andere bezigheden had patiënt niet. Tijdens het verblijf bij zijn dochter ging zijn geheugen vrij snel achteruit en raakte patiënt gedeoriënteerd in tijd en plaats met agressieve buien. Tijdens een cafébezoek liep patiënt een gecompliceerde onderbeensfractuur op, waardoor opname noodzakelijk was. Vanuit de E.H.B.O. van het ziekenhuis werd hij na overleg met huisarts en dochter aangeboden aan een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Opname-indicatie aanvrager: dementia senilis, agressiviteit, loopstoornis na onderbeensfractuur.

Anamnese: onbetrouwbaar door ernstige geheugendefecten en door desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Het gedrag van patiënt is explosief-agressief.

Patiënt blijkt sinds 6 maanden 3 dd 10 mg chloordiazepoxide te gebruiken.

Onderzoek: - bewustzijnsstoornis en amnestisch syndroom;

- multiple ventriculaire extrasystolen;

- prostaatacarcinoom met botmetastasen.

EEG: diffuus vertraagde activiteit.

Beloop: - chloordiazepoxidemedicatie werd gestaakt en vervangen door 3 dd 25 mg perazine;

- de extrasystolen werden met succes bestreden door 3 dd 100 mg dysopyramide.

Door deze maatregelen en door een verminderd alcoholgebruik was patiënt binnen 2 weken geheel veranderd. De eerste week bestonden er gedragsstoornissen graad 3, die geheel verdwenen.

Er ontstond een normaal geheugen en een goede oriëntatie en de agressiviteit verdween.

In de 4e week van opname waren de resultaten van psychologische testen geheel normaal: graad 0 en waren de B.O.P.-scores (3e week): 14 - 4 - 2 - 3 - 3 - 6.

Patiënt kon 3 maanden na opname naar huis worden ontslagen in een goede conditie en weer zelfstandig lopend. Een tevoren gemaakt EEG toonde geen afwijkingen meer en de perazine medicatie was geleidelijk gestaakt. De pijnklachten door wervelmetaastasen werden bestreden met oestrogenen.

Controle: in de 10e maand na observatie was heropname in een somatisch verpleeghuis noodzakelijk door toename van pijnklachten en door het ontstaan van A.D.L.-stoornissen. Bij controle 2 maanden later maakt patiënt een depressieve indruk en is zijn concentratie duidelijk verminderd (gestoorde A.D.M.) bij een overigens aangepast gedrag (gedragsstoornissen graad 2). Patiënt kreeg aanvullend op de oestrogeenmedicatie pijnstillende middelen.

In de daaropvolgende 2 jaren gaat de somatische toestand van de patiënt geleidelijk verder achteruit en nemen de A.D.L.-stoornissen toe, maar de graad van gedragsstoornissen blijft 2 en hij toont in het somatisch verpleeghuis een aangepast gedrag (bij controle resp. 2 en 3 jaar na observatie).

Evaluatie begin 1982: patiënt was 4 jaar na de observatie overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis wegens sufheid, depressiviteit en agressiviteit. De pijn werd bestreden met morfinepreparaten en psychofarmaca en patiënt overleed 1 1/2 jaar later cachectisch.

Casus 11. Een 79-jarige man, bij wie de sociale omstandigheden niet relevant zijn voor zijn ziektegeschiedenis en derhalve, mede omdat zij moeilijk te wijzigen zijn, worden zij hier niet vermeld. Patiënt is sinds 2 jaar weduwnaar en heeft geen kinderen. Patiënt raakte 1/2 jaar geleden vrijwel acuut verward en werd enige dagen opgenomen in een ziekenhuis voor neurologische observatie. Er werd geen oorzaak gevonden (normaal EEG, normale lumbale punctie en normale hersenscan).

Patiënt werd ontslagen met als medicatie: 3 dd 1 vitamine B-complex en 's-avonds 100 mg butobarbital. Sindsdien was hij gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon. Voor de opname kreeg patiënt nog driemaal een acute verwardheidsaanval.

Opname-indicatie aanvrager: toenemende arteriosclerotische dementie met algehele desoriëntatie.

Anamnese: behalve de desoriëntatie in tijd, plaats en persoon, geen bijzonderheden.

Onderzoek: - restparese rechter arm;

- overigens geen somatische afwijkingen.

EEG: normale uitslagen.

Beloop: voor de acute verwardheidsaanvallen vonden we geen verklaring. Mogelijk had er toch een cerebrovasculair accident of een transient ischaemic attack (T.I.A.) plaatsgevonden, gezien de restparese.

Gewoongetrouwd vervangen we de butobarbitalmedicatie, waarvan bekend is dat het vaak een omgekeerd waak-slaap-ritme bij bejaarden veroorzaakt, door 250 mg chloralhydraat. Verder behandelden we patiënt met conditietraining en ergotherapeutische oefeningen voor de licht paretische arm.

Binnen twee weken verdween de desoriëntatie geheel en in de derde week konden bij psychologische testen geheel normale uitslagen worden genoteerd: gedragsstoornissen graad 0.

B.O.P. (3e week): 1 - 0 - 0 - 0 - 1 - 1.

Binnen 1 maand werd patiënt in goede conditie naar een service-woning ontslagen.

Controle 1 jaar na observatie: patiënt was 3 weken tevoren weer opgenomen in ons observatiecentrum met dezelfde symptomen als tijdens de eerste observatie. De oorzaken waren ditmaal vereenzaming en een decompensatio cordis, die met om de dag 40 mg furosemide snel onder controle was. De desoriëntatie verdween weer geheel, maar thans bleven een short memory-stoornis en concentratiestoornissen bestaan: gedragsstoornissen graad 3. Patiënt kon na 2 maanden weer ontslagen worden met normale scores op de psychologische testen, behalve de A.D.M., en met een B.O.P.-score van 9 - 3 - 2 - 3 - 1 - 4.

Ontslag geschiedde nu naar een verzorgingshuis.

Bij de controle 2 jaar na de eerste observatie verbleef patiënt in goede conditie in het verzorgingshuis. Er hadden zich geen problemen voorgedaan en patiënt was actief.

Psychologische testen waren als 1 jaar tevoren: gedragsstoornissen graad 2. Er was enige verbetering, gezien de ditmaal weer normale A.D.M.-I.

Evaluatie begin 1982: sinds de observatie was patiënt, behoudens de beschreven opname van 2 maanden, gedurende 4 jaar in goede conditie in het verzorgingshuis geweest. Zijn gedrag was onveranderd actief gebleven. Halverwege het 5e jaar werd patiënt na 3 cerebrovasculaire accidenten in de rechterhemisfeer kort na elkaar met een ernstige hemiparese links opgenomen in een somatisch verpleeghuis. Tijdens de evaluatie verbleef patiënt daar nog steeds met een aan die omgeving aangepast gedrag.

Casus 12. Toen haar echtgenoot 2 jaar geleden overleed bleef deze 75-jarige patiënte alleen achter met een zwakzinnige dochter. Hoewel er geen financiële problemen waren door het pensioen (haar man was filiaalhouder van een bank), waren het twee moeilijke jaren voor patiënte. Zij was introvert van karakter en door toenemende loopstoornissen raakte zij aan huis gebonden. Met een commotio cerebri door een val kwam patiënte 6 weken geleden in een ziekenhuis terecht, vanwaar zij werd aangeboden aan een psychogeriatrisch verpleeghuis wegens "dementie met dubieuze prognose". Er zouden geheugenstoornissen en een ernstige desoriëntatie bestaan.

Anamnese: traag reageren. Er zijn duidelijke klachten. Er bestaat een desoriëntatie in tijd en plaats en er zijn geheugenhiaten (retrograde amnesie).

Onderzoek: - ziekte van Parkinson, zich vooral uitend in een gestoorde motoriek, rigiditeit, tandradfenomenen en traagheid van reageren;

- depressiviteit (onvoltooid rouwproces) en sociaal isolement;
- ferriprievae anemie.

EEG: diffuus vertraagde activiteit.

Belooft: door de contacten met leeftijdgenoten fleurt patiënte tijdens opname snel op en is de desoriëntatie binnen 2 weken verdwenen. Reeds voor het instellen van enige behandeling vertoonde zij een normaal gedrag (graad 0). Ook de tekenen van de depressiviteit waren snel verdwenen, vooral nadat een definitieve opvang voor de zwakzinnige dochter in de naaste omgeving was gevonden.

We stelden patiënte heel geleidelijk in op Sinemet^R, waarop haar looppatroon en mobiliteit zienderogen verbeterden. Helaas ontwikkelden zich leverfunctiestoornissen en een overwegend hallucinatoire psychose, waardoor we genoodzaakt waren de medicatie te staken. Het duurde daarna bijna 4 maanden voordat de leverfuncties waren genormaliseerd en voordat de hallucinaties waren verdwenen. Mede op verzoek van patiënte hebben we geen andere DOPA-preparaten meer geprobeerd. Zonder medicatie bleef patiënte een A.D.L.-gestoorde somatische verpleeghuisbewoonster. Controle 1 jaar na de opname: de Parkinsonverschijnselen waren in ernst sterk toegenomen, waardoor patiënte geheel rolstoel- of bedgebonden was geraakt. Bij psychologische testen bleek een concentratiestoornis te bestaan (A.D.M. onmogelijk) en er waren lichte inprentingsstoornissen en een desoriëntatie in tijd: gedragsstoornissen graad 1.

Bij de controle 2 jaar na de opname was patiënte geheel bedlegerig, maar er was een normale verbale communicatie mogelijk. Het gedrag was weer achteruitgegaan, maar nog steeds aangepast aan het somatisch verpleeghuis: gedragsstoornissen graad 3. Patiënte is 2 maanden na deze controle overleden aan een bronchopneumonie.

Casus 13. Sinds 5 jaar verbleef deze 90-jarige weduwe in een bejaardenwoning, waar zij mede door haar doofheid (zij draagt haar gehoorapparaat nooit) en door haar achterdocht vrij vaak ruzie had met haar buurvrouw en met de directrice. Verdere sociale gegevens waren dermate moeilijk te wijzigen en voor het ziekteproces zo weinig relevant, dat wij ze hier ter bescherming van de privacy onvermeld laten.

Door voornoemde problemen was patiënte geleidelijk geïsoleerd geraakt. De laatste 6 maanden toonde zij een dermate sterk geheugenverlies, dat zij een gevaar zou zijn voor zichzelf en haar omgeving (gas e.d.).

Opname-indicatie aanvrager: seniele dementie.

Anamnese: de communicatie verloopt door de doofheid zeer traag.

Van enige geheugenstoornis of desoriëntatie kunnen wij niets ontdekken. Patiënte toont zich zeer verheugd bij ons te zijn en weg te zijn uit haar bejaardenwoning.

Onderzoek: behalve het reeds vermelde sociaal isolement, vinden we slechts een urineweginfectie (zonder klachten), een coxarthrosis beiderzijds met een nog normaal looppatroon en een goed ingestelde diabetes mellitus.

B.O.P.: 8 - 0 - 2 - 2 - 1 - 6.

EEG: normaal.

Gedragsstoornissen graad 0 bij normale psychologische testen.
Beloop: We hebben patiënte spoedig kunnen overplaatsen naar een verzorgingshuis, waar zij zich snel aanpaste, mede door het gebruik van een z.g. communicator (oorlepel met geluidsversterker), die zij beter kon hanteren dan haar gehoorapparaat.

Controle 1 jaar na de opname: patiënte was weer enigszins geïsoleerd geraakt door het achteruitgaan van haar visus (diabetische retinopathie) en toonde concentratiestoornissen. Overigens was er een aangepast gedrag: graad 1. Ook bij de controles 2 en 3 jaar na de observatie stelden we gedragsstoornissen graad 1 vast; het totale beeld was ongewijzigd gebleven en patiënte gedroeg zich, ondanks haar ongemakken, correct.

Evaluatie begin 1982: na een verblijf van 5 jaar in het verzorgingshuis overleed patiënte aldaar. Door ernstige visus- en gehoorsstoornis was er in het laatste jaar nauwelijks contact meer met haar mogelijk geweest. Haar gedrag was tot haar overlijden aangepast gebleven.

Casus 14. Een 76-jarige weduwnaar zonder kinderen, ex-ingenieur. De moeder van patiënt was vanaf haar 70e jaar "kinds". Patiënt is sinds 6 maanden snel toenemend volledig gedesoriënteerd en geheugengestoord geraakt, toont decorumverlies en wordt door burens verzorgd.

De toestand is onhoudbaar.

Opname-indicatie aanvrager: spoedopname wegens ernstige dementie met decorumverlies.

Anamnese: onmogelijk door ernstige algehele desoriëntatie met factische, gnostische en praktische stoornissen. Patiënt vormt neologismen, confabuleert en persevereert. Hij reageert snel agressief. Opvallend is, dat er geen incontinentie bestaat.

Patiënt was tevoren nooit ziek geweest.

Onderzoek: er worden geen afwijkingen van betekenis gevonden. X-thorax toont een licht emfyseem en het EEG toont een diffuus vertraagde activiteit.

B.O.P.: 25 - 6 - 2 - 0 - 5 - 10.

Graad van gedragsstoornissen: 6.

Beloop: de agressiviteit van patiënt verdween vanaf het moment, dat ontdekt werd, dat knippen patiënt boeide. Met een schaar en tijdschriften of boeken was patiënt continu bezig. Patiënt had een irreversibel dementieel syndroom en hij werd overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis. Tijdens opname aldaar wisselde patiënt het knipwerk af met activiteiten in de afdelingskeuken. De praktische stoornissen verdwenen en er ontstond een infantiel en vriendelijk gedrag.

Controle 1 jaar na observatie: B.O.P.: 10 - 6 - 1 - 1 - 4 - 6.

Deze aanzienlijke verbetering was aanleiding tot het herhalen van psychologische testen, die eveneens een duidelijke verbetering toonden, maar er bleven gedragsstoornissen graad 4 bestaan. In de hieropvolgende 3 jaren bleef patiënt een gelijk beeld tonen: nagenoeg identieke B.O.P.-scores en gedragsstoornissen graad 4.

In het begin van het vijfde jaar na observatie overleed patiënt door een bronchopneumonie.

Casus 15. Sinds deze 76-jarige vrouw 6 jaar geleden weduwe werd is zij geïsoleerd geraakt omdat zij geen vrienden en kennissen had. Met haar 6 kinderen bestaat al jaren geen contact meer en de zorg voor haar echtgenoot was haar enige bezigheid geweest. Het laatste jaar weigerde zij contact met anderen, sloot zich af van de buitenwereld in haar veel te grote huis en verwaarloosde zichzelf geheel. Voor een reeds meer dan 20 jaar bestaande diabetes mellitus zou zij 2 dd. 500 mg. metformine-HCl moeten gebruiken, maar gezien de grote voorraad van dit medicament in haar huis, zal zij wel vergeten hebben dit te doen.

Opname-indicatie aanvrager: ernstige vergeetachtigheid bij een arteriosclerotische dementie. Patiënte leeft in het verre verleden.

Anamnese: onmogelijk door initiatiefarmoede, gebrek aan interesse, ernstige algehele desoriëntatie en ernstige geheugenstoornissen.

Onderzoek: - totaal atrioventriculair blok met een ventrikelfrequentie van 44 slagen per minuut;
- onregelde diabetes mellitus met een serumglucose van 28,2 mmol/l. Tevens bestond er een diabetische polyneuropathie.

Beloop: patiënte werd dezelfde dag nog overgeplaatst naar een interne afdeling van een ziekenhuis, waar de diabetes mellitus geregeld werd met insuline (onderhoudsdosis bij heropname: 28E Novolente^R insuline) en waar een pacemaker werd aangebracht. Bij heropname 2 weken later was patiënte aanzienlijk verbeterd. Er was een normaal gesprek mogelijk en er bestond nog slechts een desoriëntatie in tijd. De uitslagen van psychologische testen waren nagenoeg normaal, hoewel de concentratie gestoord bleek (trage A.D.M.-I en onmogelijke A.D.M.-II): gedragsstoornissen graad 2.

B.O.P.: 9 - 4 - 2 - 3 - 2 - 3.

Door de diabetische polyneuropathie bleef patiënte verpleegbehoefstig en zij werd overgeplaatst naar een somatisch verpleeghuis, waar zij gedurende 2 1/2 jaar een stationair beeld vertoonde met goede contacten met medebewoners en gedragsstoornissen graad 2, voordat zij door een cerebrovasculair accident overleed.

Casus 16. Deze 62-jarige vrouw lijdt sinds haar 20e jaar, direct na haar huwelijk met een boekhouder, aan angsthysterische depressies, waarvoor tot heden 5 maal een opname in een psychiatrisch instituut noodzakelijk was geweest.

De laatste 3 maanden is echter een geheel ander ziektebeeld ontstaan. Haar 67-jarige gepensioneerd echtgenoot beschrijft dit nauwkeurig. Nu vertoont zij paranoïd-hallucinatoire reacties, zowel optisch als acustisch, agressiviteit en desoriëntatie in tijd, plaats en persoon.

Patiënte is sinds 15 jaar onder behandeling van een internist wegens hypertensie en decompensatio cordis.

De medicatie bij opname is: 2 dd. 0,25 mg. digoxine (sinds 5 maanden), 3 x per week 40 mg. furosemide (sinds 3 jaar), 2 dd. 250 mg. methyldopa (sinds 3 jaar), 3 dd. 25 mg. amitriptyline (sinds 2 maanden) en 4 dd. 10 mg. chloordiazepoxide (sinds 2 weken).

Opname-indicatie aanvrager: preseniele dementie met complex psychiatrisch beeld.

Anamnese: onmogelijk door chaotisch gedrag, "Wortsalat", vele hallucinaties en bizarre waandenkbeelden.

Onderzoek: - chaotisch beeld (zie anamnese);

- decompensatio cordis;
- digitalisintoxicatie (verlengde PQ-tijd, bradycardie en extrasystolen).

Beloop: overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis lukte niet wegens plaatsgebrek. In overleg met de psychiater vervangen we amitriptyline- en chloordiazepoxidemedicatie door 3 dd. 5 mg. clopenthixol, 3 dd. 25 mg. perazin en 3 dd. 50 mg. orfenadrine in een poging het ontremde gedrag te "beruhigen". Tegelijkertijd stakten we de digoxine en verhoogden we de diuretische medicatie tot 80 mg. furosemide + 100 mg. triamteren op even data. Ook stopten we de methyldopamedicatie. De symptomen van decompensatio cordis verdwenen, de digitalisintoxicatie verdween zonder het ontstaan van atriumfibrilleren en de bloeddruk bleef goed.

Tot onze verbazing verdween onder deze medicatie binnen 5 dagen ook het chaotisch complexe psychiatrische beeld. Patiënte was normaal georiënteerd en toonde een normale geheugenfunctie, was nog angstig in haar gedrag en toonde concentratiestoornissen en persevereren.

Bij psychologisch onderzoek, dat aanvankelijk geheel onmogelijk was, bleek wel een lichte desoriëntatie in tijd en we besloten in de derde week tot gedragsstoornissen graad 3.

B.O.P.: 14 - 2 - 1 - 4 - 3 - 6.

In de loop van de derde week ontwikkelde patiënte een ernstige iatrogene Parkinson, waarop we besloten de dosering van clopenthixol en perazin te verminderen en, na het uitblijven van recidief psychotische reacties, uit te sluiten.

Vanaf de 5e week van opname gebruikte patiënte slechts om de dag 80 mg. furosemide + 100 mg. triamteren, onder welke medicatie haar gedrag zeer acceptabel bleef. Na enkele - geleidelijk in aantal dagen uitgebreide - proefverloven werd patiënte na 2 maanden in redelijke conditie naar huis ontslagen.

Controle: 3 maanden na ontslag bleek een heropname noodzakelijk. Het chaotische psychotische beeld was nagenoeg geheel teruggekeerd, zij het in minder ernstige vorm. Er was een gesprek met patiënte mogelijk en de oriëntatie in plaats en persoon waren ongestoord. Er waren echter weer vele hallucinaties en wanen.

Bij navraag bleek, dat patiënte sinds 2 maanden weer 2 dd. 0,25 mg. digoxine gebruikte, haar tijdens een poliklinische controle wegens toegenomen decompensatio cordis en ondanks onze uitvoerige berichtgeving aan huisarts en specialist bij ontslag, voorgeschreven.

Ook nu was er sprake van een digitalisintoxicatie en na het staken van de digoxine verdween het psychotische beeld binnen 1 week tegelijk met de tekenen van digitalisintoxicatie. Diuretica werden verhoogd tot: 120 mg. furosemide + 100 mg. triamteren. Vanwege lichte angst en lichte onrust werd patiënte met succes en zonder bijwerkingen ingesteld op 3 dd. 25 mg. perazin.

Tijdens deze heropname, nadat de psychoseverschijnselen waren verdwenen, bestond er nog een lichte desoriëntatie in tijd en een lichte concentratiestoornis: gedragsstoornissen graad 2. Patiënte werd na 3 weken weer naar huis ontslagen.

Bij controle 1 jaar na de observatie was patiënte nog thuis en was haar algehele toestand verder verbeterd. Slechts de A.D.M. bleef gestoord, overigens waren alle psychologische testuitslagen normaal en de desoriëntatie in tijd was verdwenen: gedragsstoornissen graad 1.

B.O.P.: 7 - 0 - 1 - 1 - 2 - 4.

Evaluatie begin 1982: patiënte verbleef gedurende 3 verdere jaren in goede conditie thuis. Zij werd 5 jaar na de observatieperiode wegens een ernstige angsthysterische depressie (zonder relatie met digoxine) opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, waar zij tijdens de evaluatie nog verbleef.

Casus 17. Een 78-jarige man, die tot 5 jaar geleden actief was als kolenhandelaar. Hij was altijd zeer introvert en leefde voor zijn werk. Na het stoppen van de zaak ging hij inwonen bij een van zijn 5 zonen, nestelde zich in een stoel in de hoek van de kamer bij het raam en verliet deze stek slechts voor het eten, de toiletfunctie en het slapen. Patiënt kon nergens interesse voor opbrengen en werd nog stiller dan voorheen. Het gelukte zijn echtgenote en kinderen niet hem te activeren.

De laatste 3 jaar ging patiënt moeilijker lopen en hij moest worden geholpen met wassen en kleden. Hierdoor werd het echtpaar 2 jaar geleden opgenomen in een verzorgingshuis in hun dorp. Patiënt ging hier verder achteruit, raakte geheel in zichzelf gekeerd en volledig verpleegbehoefstig. De laatste 4 maanden was patiënt bedlegerig en toonde agressieve reacties ten opzichte van echtgenote, familie en personeel.

Opname-indicatie aanvrager: ernstige dementie met agressiviteit.

Patiënt reageert slechts op pijnprikkels.

Anamnese: onmogelijk. Patiënt reageert niet en lijkt doof en blind te zijn.

Onderzoek: - opticusatrofie beiderzijds;
- ernstige anemie van macrocytair hyperchrome aard (hemoglobine 5,1 mmol/L., erythrocyten $2,2 \times 10^{12}/L.$ en hematocriet 0,26), ruim 75% hypersegmentaire granulocyten;
- ijzerdeficiëntie;
- ernstige vitamine B₁₂-resorptiestoornis (Schilling-test, 2,9%);
- polyneuropathie.

Uitgebreid neurologisch en endocrinologisch onderzoek leverde behalve een diffuus vertraagd EEG geen andere bevindingen op, zodat waarschijnlijk alle afwijkingen verklaard moesten worden door de vitamine B₁₂-resorptiestoornis: waarschijnlijk een pernicioze anemie en een gecombineerd strengsyndroom.

Beloop: met 2 dd. 200 mg. ferrofumaraat, met injecties van 1000 microgram hydroxocobalamine (eerst 3 x per week en vanaf de 4e week 1 x per maand) steeg het hemoglobinegehalte tot 9,3 mmol/L., werd het bloedbeeld normocytair en normochroom en verdween de hypersegmentatie.

Het gedrag van patiënt bleef echter overwegend dysfoor en van enige communicatie was nimmer sprake.

B.O.P.: 31 - 5 - 5 - 3 - 6 - 14.

Graad van gedragestoornissen: 8.

Controle: in dit beeld kwam geen verandering. Patiënt bleef maximaal gedragestoord en overleed 3 jaar na opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Casus 18. Sinds het overlijden van zijn echtgenote 3 jaar geleden is deze 77 jaar oude man geleidelijk achteruitgegaan.

Hij ontwikkelde een geheugensteroornis voor het recente verleden en een desoriëntatie in tijd. Hij raakte geïsoleerd en verwaarloosd in de bejaardenwoning, waarin hij sinds zijn pensionering woonde. Op verzoek van zijn zoon verbleef hij steeds vaker en steeds meer dagen bij deze in huis. Tijdens een van die visites brak patiënt zijn rechterbovenarm, waardoor hij A.D.L.-gestoord raakte en opgenomen moest worden.

Opname-indicatie aanvrager: dementia senilis en A.D.L.-steroornissen door fractuur. De dementie is familiair (beide ouders van patiënt waren hun laatste levensjaren in een instituut wegens dementeringsverschijnselen).

Anamnese: pijnklachten rechter schouder; snel moe. Overigens vermeldt patiënt geen klachten. Er bestaat desoriëntatie in tijd en plaats en geheugenzwakte voor recente gebeurtenissen.

Wegens maagklachten is in het verleden een maagoperatie verricht.

Patiënt gebruikt geen medicijnen.

Onderzoek: - macrocytair hyperchrome anemie met sidero-achrestische kenmerken en een lichte resorptiestoornis voor vitamine B₁₂ (hemoglobine 5,6 mmol/L., erythrocyten $2,7 \times 10^{12}/L.$, hematocriet 0,26. Serumijzer 31,8 micromol/L. bij een totale ijzerbindingscapaciteit van 37,0 micromol/L. Schillingtest 9,2%. Serumfoliumzuur met 10,0 mmol/L. normaal);
- overigens geen afwijkingen.

EEG: normaal.

Beloop: behandeling met hydroxocobalamine-injecties had geen enkel effect. Een transfusie deed het hemoglobine stijgen tot 7,4 mmol/L. Een beenmergpunctie toonde het beeld van een chronische erytroleukemie vlg. Di Guglielmo.

Na de transfusie werden de geheugenfunctie en de oriëntatie normaal en verdwenen de concentratiezwakte en de snelle vermoeibarheid.

De scores op psychologische testen, inclusief A.D.M., waren geheel normaal; graad 0.

B.O.P. (4e week): 6 - 1 - 0 - 1 - 3 - 3.

De verdere revalidatie van zijn arm verliep vlot en 4 weken na het verwijderen van het gips kon patiënt in goede conditie en met een normale armfunctie naar een verzorgingshuis worden ontslagen.

Controle: vanaf ontslagdatum werd patiënt maandelijks gecontroleerd door een hematoloog en indien het hsmoglobinegehalte daalde onder 6,0 mmol/L. kreeg hij een bloedtransfusie, hetgeen ongeveer 1 x per 6 maanden noodzakelijk was.

Zowel bij controle na 1 jaar als na 2 jaar vertoonde patiënt normaal gedrag (graad 0). Hij functioneerde op adequate wijze in het verzorgingshuis.

Evaluatie begin 1982: patiënt is, na 4 jaar in het verzorgingshuis te hebben gewoond, aldaar door onbekende oorzaak overleden.

Casus 19. De ziektegeschiedenis van deze 82-jarige man, wiens sociale omstandigheden moeilijk te wijzigen en voor deze geschiedenis bovendien weinig relevant waren, begint 6 maanden voor opname. Patiënt gaat snel progressief psychisch achteruit tot het huidige niveau: verwardheid en sufheid, desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Hij is bedlegerig geworden en door zijn snelle vermoeibaarheid afhankelijk van anderen. Echtgenote en kinderen zorgen voor hem, maar kunnen die zorg nauwelijks langer opbrengen. Opname-indicatie aanvrager: zeer snel dementeringsproces.

Anamnese: futloze, suffe man, gedesoriënteerd in alle kwaliteiten. Kent eigen familieleden niet meer.

Onderzoek: - ernstige dehydratie bij bijna cachectische zieke man;
- bronchopneumonie en cystitis met koorts;
- normochroom, normocytaire anemie met 50% hypersegmentatie en een lichte vitamine B₁₂-resorptiestoornis (Schillingtest 11,8%);
- laboratoriumgegevens: B.S.E. 79, hemoglobine 6,6 mmol/L., erythrocyten $3,5 \times 10^{12}/L.$, hematocriet 0,34. Ureum 28,3 mmol/L., kreatinine 199 micromol/L. Overige uitslagen normaal;
- X-thorax: bronchopneumonie bij emfyseem. Zeer suspect voor linkszijdige metastase.

EEG: normaal.

Beloop: door extra vochttoevoer en antibiotica verbeterde de toestand van de patiënt aanzienlijk. Hij werd helder, reageerde adequaat, de desoriëntatie verdween geheel en binnen 2 weken bleek er een normale geheugenfunctie te zijn. Onder leiding van de fysiotherapeut werd voorzichtig begonnen met de mobilisatie van de patiënt. In de derde week van de opname was patiënt in staat mee te werken aan psychologisch onderzoek, hetgeen geheel normaal was en de graad van gedragsstoornissen was 0.

Na overleg met de patiënt en zijn familie droegen we de verdere observatie over aan een internist. In het ziekenhuis overleed de patiënt voordat de oorsprong van de metastase was ontdekt door een recidief luchtweginfectie. Een obductie werd door de familie niet toegestaan.

Casus 20. Een man van 68 jaar, die in zijn jeugd in 8 jaar 4 klassen lager onderwijs doorliep, vervolgens als hulp in een tuinderij werkzaam was en vanaf zijn 20e jaar tot zijn pensioen met 65 jaar vrachtwagenchauffeur was voor diverse werkgevers. Patiënt sloot een z.g. gedwongen huwelijk, kreeg 3 zoons en verliet zijn echtgenote toen zijn zoons zelfstandig konden leven. Vanaf zijn pensionering verwaarloosde deze patiënt zichzelf, ging overmatig drinken en kwam via politie en G.G. & G.D. in een psychogeriatrisch verpleeghuis terecht.

Opname-indicatie: arteriosclerotische dementie en zelfverwaarlozing.

Onderzoek: - zwakbegeefde tot debiele man, die na opname snel uit zijn isolement was en zonder alcohol genoot van alle contacten met personeel en familieleden van andere patiënten. Er was na 2 weken geen enkele teken van een dementieel syndroom. De aanvankelijke geheugenstoornissen waren geheel verdwenen.

- C.A.R.A. en plaveiselcelcarcinoom rechter bronchus met doorgroei, waardoor een lichte oesophagusstrictuur ontstaan is.

Beloop: na een schoonmaakbeurt en een korte adaptatieperiode was patiënt snel A.D.L.-zelfstandig. Hij ontwikkelde zich tot een vrijwilliger, die door personeel en bezoekers werd gewaardeerd. Psychologische testen in de derde week van opname waren geheel normaal, behalve de tekenen van debiliteit.

B.O.P.: 3 - 1 - 0 - 1 - 0 - 1.

Graad van gedragsstoornissen: 0.

Gezien deze ontwikkelingen zou patiënt ontslagen kunnen worden naar huis of een verzorgingshuis.

Uit angst voor een herhaling van de problemen weigerde patiënt het psychogeriatrisch verpleeghuis, waar hij zich veilig en thuis voelde, te verlaten.

Na overleg met betalende instanties werd besloten patiënt in het psychogeriatrisch verpleeghuis te laten blijven als een via de A.W.B.Z. betaalde vrijwilliger. De prognose van patiënt was mede reden voor deze beslissing.

Controle: zowel 1 jaar, als 2 jaar na de opname verbleef patiënt in goede conditie in het verpleeghuis. Hij maakte 3 x een bronchopneumonie door, die met antibiotica snel herstelde.

Psychologische testen bleven ongewijzigd en de B.O.P.-scores waren resp. 0 - 1 - 0 - 3 - 0 - 1 en 1 - 2 - 0 - 4 - 0 - 1.

De graad van gedragsstoornissen bleef 0.

In het begin van het derde jaar na opname overleed patiënt vrij plotseling door een aspiratiepneumonie.

Casus 21. Een 70-jarige ex-boekhouder, die reeds vele jaren in een merkwaardige haat-liefde-relatie met zijn echtgenote door het leven gaat. Na een door zwangerschap gedwongen huwelijk overleed hun kind in het eerste levensjaar. Het echtpaar bleef verder kinderloos en leefde vele periodes gescheiden van elkaar, maar telkenmale volgde weer een hereniging.

Sinds zijn pensionering werd patiënt driemaal getroffen door een cerebrovasculair accident en hoewel hij redelijk is gerevalideerd zijn er restparesen van beide armen en bestaat er een ernstige dysartrie, die de communicatie bemoeilijkt. Patiënt wordt door echtgenote beschreven als een ernstig gedesoriënteerde, verwarde man, die niets meer kan onthouden en zich regelmatig ontremd gedraagt.

Opname-indicatie aanvrager: toenemende arteriosclerotische dementie met ontremd en frekwent agressief gedrag.

Anamnese: verloopt door de ernstige dysartrie uitermate moeizaam, maar is geheel adequaat en zonder tekenen van een dementieel syndroom. Er is wel sprake van emotionele labiliteit.

Onderzoek: - de bekende resten van cerebrovasculaire accidenten;
- pseudo-bulbairparese met emotionele labiliteit, dysartrie en ataxie.
Er blijkt tevens een verticale blikparese te bestaan;
- depressiviteit;
- ernstige hardhorendheid.

Beloop: ondanks verbetering door oefeningen o.l.v. fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist blijven er A.D.L.-stoornissen bestaan. Door een gehoorapparaat verbetert de communicatie aanzienlijk.

Patiënt werd snel overgeplaatst naar een somatisch verpleeghuis. Voor de overplaatsing (derde week) waren psychologische testen geheel normaal en was de B.O.P.-score: 12 - 0 - 4 - 3 - 0 - 9.

Graad van gedragsstoornissen: 0.

Controle: nadat patiënt 1 maand in het somatisch verpleeghuis verbleven had, werd hij door zijn echtgenote naar huis gehaald, omdat "wij elkaar niet kunnen missen". Enige maanden later verzocht een psychogeriatrisch verpleeghuis elders ons onze gegevens te willen opsturen, voordat patiënt daar opgenomen werd. Na overleg, ook met de huisarts, werd de patiënt opnieuw opgenomen in een somatisch verpleeghuis. Bij controle aldaar, 10 maanden na de observatieperiode, waren psychologische testuitslagen normaal en gedroeg patiënt zich adequaat: graad 0.

Twee maanden na deze controle werd patiënt weer naar huis overgeplaatst.

Evaluatie begin 1982: in de 5 jaren, volgend op de observatieperiode was patiënt nog 2 maal door zijn echtgenote aangeboden voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis en beide malen was patiënt in een somatisch verpleeghuis terechtgekomen wegens het ontbreken van tekenen van een dementieel syndroom.

Tenslotte overleed patiënt in 1980 in een somatisch verpleeghuis door een recidief cerebrovasculair accident.

Casus 22. Sinds het overlijden van haar echtgenoot 2 jaar geleden is deze 72-jarige patiënte ontregeld geraakt. Haar 5 kinderen, die haar bij toerbeurt verzorgen, beschrijven haar als een eenvoudige vrouw, die nauwelijks onderwijs genoot en zeer afhankelijk was van haar echtgenoot.

De kinderen slaagden er niet in patiënte bij een van hun gezinnen te laten inwonen, omdat zij telkens wegliep, verdwaalde en zich weer terug liet brengen naar haar eigen huis. Geleidelijk verwaarloosde zij zichzelf en raakte toenemend vergeetachtig en gedesoriënteerd. Na overleg met de huisarts besloten de kinderen hun moeder te doen opnemen in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Opname-indicatie: arteriosclerotische dementie.

Anamnese: onbetrouwbaar door desoriëntatie in tijd, plaats en persoon en door euforisch-lakoniek gedrag.

Onderzoek: - decompensatio cordis met lever- en longstuwings- en perifere oedemen;
- debiliteit.

EEG: normaal.

Graad van gedragsstoornissen (1e week): 5, waarschijnlijk te hoog gescoord door een op dat moment niet onderkende debiliteit.

Beloop: door ontwatering, aanvankelijk met 80 mg. furosemide dagelijkse, later met om de dag 40 mg. furosemide als onderhoudsdosis, verdwenen alle tekenen van decompensatio cordis. Door het doorbreken van het sociale isolement, hetgeen vooral lukte door een toevallig eveneens opgenomen vroegere buurvrouw, was patiënte snel weer in een goede conditie en verdwenen de desoriëntatiesymptomen in de eerste 2 weken van opname. Patiënte werd snel A.D.L.-zelfstandig en toonde bij psychologisch onderzoek in de 4e week concentratiestoornissen (gestoorde A.D.M.) en debiliteit bij overigens normale testuitslagen: gedragsstoornissen graad 2. B.O.P. (3e week): 14 - 1 - 0 - 1 - 3 - 4.

We konden patiënte na observatie overplaatsen naar een verzorgingshuis, waar zij bij controles 1 en 2 jaar na de observatie nog steeds verbleef zonder enige wijziging in de uitslagen van psychologische testen en zonder verandering van haar gedrag: gedragsstoornissen graad 2.

Evaluatie begin 1982: patiënte functioneerde tot 7 jaar na de observatieperiode adequaat en aangepast in het verzorgingshuis. Daarna ontstond geleidelijk een symptomencomplex met achterdocht, verwardheid, zwervneiging, verdwalen en agressiviteit, waardoor een overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis niet meer vermeden kon worden. Patiënte overleed aldaar vrij snel na opname ten gevolge van een cerebrovasculair accident.

Casus 23. Een 81-jarige weduwe zonder kinderen. Haar voorgeschiedenis vermeldt een schedelbasisfractuur en een voorbijgaande psychose (resp. 15 en 3 jaar geleden). Volgens de burens werd patiënte sinds ± 1 jaar toenemend vergeetachtig, agressief en obstinaat en verdwaalde zij regelmatig door haar zwervneiging. Patiënte woont sinds het overlijden van haar man 10 jaar geleden alleen in een eigen huis en geniet een goed pensioen.

Opname-indicatie aanvrager: seniele dementie met paranoia en agressiviteit.

Anamnese: onbetrouwbaar door afweerreacties en incoöperatief gedrag van patiënte.

Onderzoek: - zeer slechte visus;

- depressiviteit door sociaal isolement. De twee enige familieleden (1 broer en 1 zus) wonen ver weg en kunnen door ouderdom niet op bezoek komen;
- paranoïd-hallucinatoir syndroom;
- bronchopneumonie.

Beloop: na succesvolle behandeling van de bronchopneumonie met antibiotica en na gedurende 14 dagen 3 dd. 15 mg. chloorprothixeen te hebben gebruikt waren de agressiviteit, de depressiviteit en het paranoïd-hallucinatoir syndroom verdwenen. De invloed van de opname zelf en van het verbeteren van de visus na brilcorrectie op deze verbetering is moeilijk te schatten, maar is er zeker.

We zagen tijdens verdere observatie een intelligente, normaal functionerende bejaarde. De uitslagen van de psychologische testen waren alle normaal: gedragsstoornissen graad 0.

B.O.P. (3e week): 8 - 0 - 2 - 0 - 2 - 6.

Het kostte enige moeite patiënte te overreden niet meer terug naar huis te gaan. Vanuit de afdeling groepsverzorging van het psychogeriatrisch verpleeghuis, waar patiënte was opgenomen, kon zij 2 1/2 maand na opname worden overgeplaatst naar een verzorgingshuis, waar ook haar broer en zus verbleven. Tot 2 jaar na de observatieperiode verbleef zij daar met een (bij beide controles) normaal gedrag: graad 0.

Evaluatie begin 1982: patiënte functioneerde gedurende 4 jaar op adequate wijze in het verzorgingshuis. Daarna moest zij wegens een collumfractuur, gecorrigeerd met een kop-halsprothese, opgenomen worden in een somatisch verpleeghuis. Zij vertoonde daar gedurende vrij lange tijd een paranoïd-hallucinatoir syndroom, maar kon tenslotte gerevalideerd worden teruggeplaatst naar het verzorgingshuis. Hierna bleven er problemen bestaan: recidiverend wanen en hallucinaties, zeer frekwent luxeren van de prothese, een collumfractuur van de andere heup en tenslotte een chronische osteomyelitis van de heup met geluxeerde prothese. Door al deze problemen was patiënte steeds verder achteruitgegaan, zowel lichamelijk als geestelijk. Tijdens de evaluatie is zij geheel bedlegerig, cachectisch en er is geen contact meer met haar mogelijk.

Casus 24. Een 65-jarige ongehuwde, debiele man. Hij werkte en leefde op de boerderij van zijn broer. Patiënt was altijd erg nerveus, labiel en snel agressief. Na het overlijden van zijn broer, 6 maanden geleden, is hij zeer onregelmatig gaan leven en toenemend verward gaan reageren. Zijn schoonzus en haar kinderen zijn niet tegen dit gedrag opgewassen.

Opname-indicatie aanvrager: verwardheid en agressie bij debiliteit, uitlopend in dementie.

Anamnese: angstig-afwerende infantiele reacties. Geen antwoorden op onze vragen.

Onderzoek: - depressie (onvoltooid rouwproces) en sociaal isolement bij debiel-neurotisch reagerende patiënt;
- overigens geen relevante gegevens.

EEG: normaal.

Belooft: geleidelijk worden we het vertrouwen van patiënt en werd zijn gedrag weer rustig. Hij bleek adequaat te reageren, was zeer behulpzaam en verzorgde zich na 2 weken weer correct en zelfstandig. Psychologische testen waren (op debiel niveau) geheel normaal met een perfecte A.D.M.; geheugen en oriëntatie waren eveneens normaal.

Graad van gedragsstoornissen: 0.

B.O.P.: 4 - 0 - 0 - 1 - 0 - 4.

Controle: bij alle 5 controles in de 5 opeenvolgende jaren na de observatie bleven de B.O.P.-scores en de uitslagen van de psychologische testen ongewijzigd: gedragsstoornissen graad 0. Gedurende de eerste maanden na observatie verbleef patiënt op een afdeling groepsverzorging; daarna kon hij worden overgeplaatst naar een eenpersoonskamer in een verzorgingshuis, waar hij al die jaren zonder problemen verbleef.

Evaluatie begin 1982: patiënt verblijft nog steeds in goede conditie in het verzorgingshuis en toont een correct gedrag.

Casus 25. Een 68-jarige patiënte, die in 6 jaar toenemend invalide werd door een arcuaire kyfose na een wervelfractuur en door loopstoornissen. Zij gebruikt wegens hypertensie sinds 2 jaar een combinatiepreparaat, dat o.a. 0,1 mg. reserpine bevat. Patiënte is sedert 3 jaar weduwe en woont in bij een dochter, die vertelt, dat moeder de laatste 1 1/2 jaar in toenemende mate initiatiefarm vergeetachtig en verward is geworden.

Opname-indicatie aanvrager: arteriosclerotische dementie.

Anamnese: verloopt moeizaam. Patiënte heeft een zeer zachte, dysarthrische spraak met speekselvloed. Met veel geduld lukt een correcte en adequate anamnese.

Onderzoek: - ernstig Parkinsonisme met typisch looppatroon, dysartrie, rigiditeit, tandradfenomeen, tremor, hyper-salivatie en versterkte thoracale kyfose;
- depressiviteit (onvoltooid rouwproces en reserpine).

EEG: normaal.

Belooft: de medicatie wordt gestaakt en vervangen door 2 dd. 100 mg. amantadinezuur. Binnen 1 week zien we een dramatische verbetering: depressiviteit en alle Parkinsonsymptomen verdwijnen nagenoeg geheel, patiënte loopt zelfstandig en is van 111 cm. naar 138 cm. "gegroeid" (de kyfose strekte zich!).

B.O.P. (3e week): 19 - 1 - 6 - 5 - 0 - 11.

Psychologisch onderzoek: er is nog een lichte desoriëntatie in tijd en een concentratiestoornis, maar overigens zijn er normale testuitslagen: gedragsstoornissen graad 2.

Helaas keert binnen 3 weken het gehele beeld weer terug naar de uitgangshouding: ernstig Parkinsonisme met een ernstige kyfose (lengte nu 113 cm.) en nog ernstigere depressiviteit.

Amantadinezuur wordt vervangen door Sinemet^R, dat geleidelijk wordt ingesteld, op de wijze als bij casus 1 beschreven, tot een dosis van 3 dd. 1 sinemet-275. Door deze therapie verdwijnen de tekenen van depressiviteit en van Parkinsonisme gelukkig weer en patiënte "groeit" weer tot 141 cm.

De verbetering is nu van blijvende aard en patiënte kan na 2 maanden A.D.L.-zelfstandig worden ontslagen naar een verzorgingshuis.

B.O.P. (bij ontslag): 4 - 2 - 0 - 2 - 0 - 4.

Controle na 1 jaar: de medicatie was verhoogd tot 4 dd. sinemet-275 wegens verslechtering van het looppatroon, de lengte van patiënte was afgenomen tot 131 cm., maar overigens bleef patiënte op adequate wijze functioneren in het verzorgingshuis. Psychologisch onderzoek toonde dezelfde resultaten als aan het eind van de observatie: gedragsstoornissen graad 2.

B.O.P.: 13 - 5 - 3 - 5 - 0 - 5.

Bij controle 2 jaar na de observatie was het totale beeld nauwelijks veranderd. De lengte was nu 120 cm. We scoorden gedragsstoornissen graad 2. B.O.P.: 15 - 4 - 3 - 4 - 0 - 3.

Patiënte overleed 2 maanden na deze controle acuut in het verzorgingshuis.

Casus 26. Een 75-jarige, gehuwde man. Ex-journalist. Sinds een auto-ongeval 8 maanden voor opname, met een contusio cerebri als gevolg, bestaat er bij patiënt een ernstige onrust, agressiviteit, desoriëntatie en verwardheid.

Opname-indicatie: posttraumatische dementie.

Anamnese: onmogelijk door een gemengde, voornamelijk expressieve, afasie en voorts een constructieve apraxie en een angstig-agressief gedrag. Tevens bestaan er geheugendefecten.

Onderzoek: levert geen andere nieuwe gegevens.

EEG: diffuus vertraagde activiteit.

Psychologisch onderzoek: onmogelijk door agressie en afasie.

B.O.P. (eind 2e week): 32 - 8 - 2 - 1 - 6 - 13.

Beloop: door een combinatie van oefeningen door fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut en bezigheidstherapeut verdween heel geleidelijk de agressiviteit en namen de afasie en apraxie in ernst af. Er bleef een amnesie voor het ongeval bestaan, maar de verdere geheugenfunctie en de oriëntatie werden geheel normaal.

Ruim 3 maanden na opname was ontslag naar huis mogelijk in combinatie met dagbehandeling gedurende 5 dagen per week, waarin de revalidatie werd voortgezet. Bij dit ontslag waren de B.O.P.-scores: 5 - 1 - 1 - 1 - 1 - 2 en waren er, ondanks een restafasie en een restapraxie, normale uitslagen op de psychologische testen. Patiënt toonde een normaal gedrag: graad 0.

In de periode hierna kon elke twee maanden de frekwentie van dagbehandeling worden teruggebracht, zodat na 10 maanden definitief ontslag mogelijk was. Ruim 1 jaar na opname was patiënt geheel hersteld.

Controle van de psychologische testen op dat moment toonde een normaal functionerende bejaarde.

Ook bij controle 2 jaar na de opname verbleef patiënt met zijn echtgenote, op actieve wijze genietend van het leven, thuis.

Evaluatie begin 1982: tot 5 jaar na het ongeval verbleef patiënt met zijn echtgenote thuis. De laatste jaren moest hij zijn echtgenote, ernstig verzwakt door een carcinoom, verzorgen.

Na het overlijden van zijn echtgenote verhuisde patiënt naar een verzorgingshuis, waar hij nog 2 jaar zeer actief was, totdat hij vrij acuut in een ziekenhuis overleed door een bloedend aneurysma aortae.

Uit onderzoeken van Welten (1969 en 1972) bleek, dat het merendeel van de psychogeriatrische verpleeghuispatiënten rechtstreeks van huis was overgeplaatst naar het verpleeghuis zonder vóór die overplaatsing te zijn onderzocht op de oorzaken van hun gedragsstoornissen.

In onze studie beschrijven we een klinische, multidisciplinaire observatie van patiënten, die met "dementie" als hoofddiagnose werden aangeboden aan verpleeghuizen, zonder tevoren te zijn onderzocht op de oorzaken van hun ziektebeeld.

We definiëren dementie als: een op progressieve, irreversibele, diffuse cerebrale defecten berustende functiestoornis, die haar vertrekpunt vindt bij geheugenstoornissen, bij overwegend oudere patiënten, en zich uit in gedragsstoornissen die samengaan met een gestoorde expressieve en receptieve communicatie met de omgeving. Daar deze diagnose slechts pathologisch-anatomisch te bevestigen is, spreken we tijdens het leven over dementieel syndroom: een symptomencomplex, lijkend op dat van dementie, doch veroorzaakt door een of meer gezondheidsbelemmerende factoren van somatische en/of psychosociale aard.

Het multidisciplinaire team voor de observatie van patiënten met een dementieel syndroom bestond uit: een verpleeghuisarts, een psycholoog, een maatschappelijk werker, een verpleegkundige, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een bezigheids-therapeut en twee vaste consultants: een internist en een neuroloog. Overige medisch specialistische consulten geschieden op indicatie.

Het observatieprogramma bestond uit een anamnese en hetero-anamnese (inclusief medische gegevens van de huisarts), lichamelijk onderzoek door de verpleeghuisarts en de neuroloog, uitgebreid laboratoriumonderzoek van bloed, urine en faeces, röntgenonderzoek van thorax en van schedel, een electrocardiogram, een electro-encefalogram, zintuigonderzoek, observaties door paramedici (o.a. met behulp van A.D.L.-lijsten) en uit observatie door een verpleegkundige van het gedrag (o.a. met behulp van B.O.P.-lijsten).

Tevens werd van elke patiënt een maatschappelijk rapport samengesteld. Tenslotte werd elke patiënt mede geobserveerd door de psycholoog en onderworpen aan een aantal psychologische testen. De testbatterij bestond uit: tekenen (BOOM en MENS), BENDER, HOOOPER, W.A.I.S., A.D.M.-I en A.D.M.-II. De totale observatie geschiedde volgens een vast schema van activiteiten dat 4 weken in beslag nam.

De observatie resulteerde in een conclusie ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom, uitgedrukt in een graad van gedragsstoornissen, in een plaatsingsadvies en in behandel- en begeleidingsadviezen aan de patiënten en/of hun verzorgers.

We deelden de patiënten na de observatie in in drie groepen:

GROEP I: alle patiënten met een ongestoord gedrag aan het einde van de observatieperiode (graad = 0).

GROEP II: alle patiënten met een irreversibel dementieel syndroom en de daarbij passende gedragsstoornissen van ernstiger aard (graad 4 t/m 8). Bij hen allen luidde het plaatsingsadvies: psychogeriatrisch verpleeghuis.

GROEP III: alle patiënten met lichte gedragsstoornissen (graad 1, 2 of 3) en met slechts een min of meer ernstig amnestisch syndroom (groep III-B) en alle patiënten, bij wie psychologisch testen onmogelijk was (groep III-C). Bij hen allen werd een plaatsing buiten het psychogeriatrisch verpleeghuis nagestreefd. Tevens werden in deze groep die patiënten opgenomen, die waren overleden vooraleer een conclusie over het dementieel syndroom mogelijk was (groep III-A).

Aan alle patiënten werd na de observatie een plaatsingsadvies verstrekt, afhankelijk van de graad van gedragsstoornissen en van de eventueel aanwezige lichamelijke invaliditeit. De relatie tussen de graad van gedragsstoornissen en het plaatsingsadvies was:

- graad 0 (ongestoord): thuis, servicewoning of verzorgingshuis;
- graad 1 : servicewoning of verzorgingshuis;
- graad 2 : verzorgingshuis;
- graad 3 : verzorgingshuis of groepsverzorging;

Tijdens een vervolgonderzoek gedurende 10 jaar werden alle patiënten gecontroleerd door de arts. Minimaal eenmaal per jaar werd zo mogelijk van iedere patiënt door een verpleegkundige een B.O.P.-lijst ingevuld. Bij alle patiënten met een reversibel dementieel syndroom, - en na 1 jaar ook bij alle patiënten uit groep III (twijfel), bij wie de conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom pas 1 jaar na de observatie, mede op grond van de bevindingen tijdens het vervolgonderzoek, tot stand kwam -, werd zo mogelijk psychologisch onderzoek (testbatterij) verricht. Tijdens het vervolgonderzoek controleerden we ook de conclusies ten aanzien van het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom en ten aanzien van het plaatsingsadvies.

In het onderzoek waren 230 patiënten betrokken, 125 vrouwen en 105 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 78,2 jaar. De observatieperiode van 4 weken was bij 197 van de 230 patiënten (85,6%) voldoende, bij 11 patiënten (4,8%) was een verlenging van de observatieperiode noodzakelijk en 22 patiënten (9,6%) overleden vóór de observatie was voltooid.

Vervolgonderzoek was niet mogelijk bij 72 van de 230 patiënten (31,3%), bij 5 doordat zij weigerden mee te werken en bij 67 doordat zij overleden. Bij de overige 158 patiënten (68,7%) was een vervolgonderzoek gedurende één of meer jaren mogelijk.

We verdeelden het vervolgonderzoek in drie gedeelten:

1. Vervolgonderzoek 1 jaar na de observatie;
2. Vervolgonderzoek tot begin 1977. Op dat moment hadden we 62 patiënten één maal, 50 patiënten 2 maal, 22 patiënten 3 maal en 24 patiënten 4 maal uitvoerig gecontroleerd.
Omdat zich tijdens het tweede en de volgende jaren vervolgonderzoek nauwelijks wijzigingen voordeden, - géén in de conclusie over de reversibiliteit van het dementieel syndroom en slechts zeer weinig in de plaatsingsadviezen -, besloten we om na 5 jaar (begin 1982) onze conclusies nog eenmaal te evalueren via een enquête.

3. Vervolgonderzoek begin 1982 door middel van een enquête, waarin alle 94 patiënten, die begin 1977 nog in leven waren, betrokken waren.

A. Conclusies over het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen

De indeling in groepen na de observatie van de 230 patiënten, betrokken in ons onderzoek, was als volgt:

GROEP I (normaal gedrag): 36 patiënten (15,6%);

GROEP II (irreversibel dementieel syndroom): 120 patiënten (52,2%), allen te plaatsen in psychogeriatrische verpleeghuizen.

GROEP III (twijfel): 74 patiënten (32,2%), verder onder te verdelen in 22 patiënten (9,6% van alle patiënten), die overleden voordat een conclusie mogelijk was (groep III-A), 41 patiënten (17,8%) met lichte gedragsstoornissen en aan wie het voordeel van de twijfel werd geschonken (groep III-B) en 11 patiënten (4,8%) bij wie psychologisch testonderzoek onmogelijk bleek om medische redenen en/of weigering van de patiënt hieraan mee te werken (groep III-C).

Bij 158 van de 230 patiënten (68,7%) bleek een vervolgonderzoek na minimaal één jaar mogelijk. Ten aanzien van de reversibiliteit van de dementiële syndromen stelden we na dat jaar vast:

- 26 patiënten met ongestoord gedrag na de observatieperiode toonden nog steeds ongestoord gedrag: 100%;
- 87 patiënten met een irreversibel dementieel syndroom waren na minimaal 1 jaar nog steeds ernstig gedragsgestoord (100%);
- bij 45 patiënten uit groep III (twijfel) concludeerden we op grond van de gegevens uit het vervolgonderzoek bij 28 patiënten (62,2%) tot het bestaan van een reversibel dementieel syndroom, bij 16 patiënten (35,5%) tot het bestaan van een irreversibel dementieel syndroom en bij één patiënt was een conclusie nog steeds onmogelijk.

Onze conclusies na de observatieperiode bleken derhalve zeer betrouwbaar. Veranderingen van de conclusie deden zich slechts voor bij die patiënten, die na de observatieperiode de "benefit of the doubt" gekregen hadden.

Wellicht was bij een deel van deze patiënten tijdens de observatie sprake van een min of meer ernstig amnestisch syndroom in de beginfase van de ontwikkeling van een dementieel syndroom.

Bij de 72 patiënten, die overleden voordat een uitvoerige controle in het kader van ons vervolgonderzoek 1 jaar na de observatie mogelijk was, was de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom op grond van de beschikbare gegevens als volgt:

- 17 patiënten (23,6%) hadden een reversibel dementieel syndroom;
- 33 patiënten (45,8%) hadden een irreversibel dementieel syndroom;
- 22 patiënten (30,6%) overleden voordat een conclusie mogelijk was.

Nadat bij 52 patiënten, die na de observatie door twijfelachtige uitslagen waren ingedeeld in groep III, bij het vervolgonderzoek na 1 jaar ook een conclusie over de reversibiliteit van hun dementieel syndroom mogelijk was, concludeerden we dat van de 230 patiënten van onze studie:

- 71 patiënten (30,9%) een reversibel dementieel syndroom hadden en derhalve ten onrechte waren aangeboden voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis;
- 136 patiënten (59,1%) een irreversibel dementieel syndroom hadden en terecht waren aangeboden voor zulk een opname;
- bij 23 patiënten (10,0%) een conclusie onmogelijk was, bij 22 door voortijdig overlijden en bij één door een ernstige psychose.

Tijdens het tweede en de volgende jaren vervolgonderzoek deden zich geen wijzigingen voor in de conclusie over het al of niet reversibel zijn van de dementiële syndromen.

Begin 1977, na een gemiddelde vervolgperiode na de observatie van 18,1 maand, variërend van 0 tot 5 jaar, bleken op grond van uitgebreide controle door de verpleeghuisarts en de psycholoog, alle conclusies over de reversibiliteit van dementiële syndromen nog dezelfde, als na 1 jaar vervolgonderzoek.

Bij een enquête begin 1982 bleek, dat 3 van de 94 patiënten (3,2%), die begin 1977 nog in ons onderzoek betrokken waren en een reversibel dementieel syndroom hadden, resp. 4, 4 1/2 en 7 jaar na observatie alsnog waren overgeplaatst naar een psychogeriatrisch ver-

pleeghuis. Bij de overige 91 patiënten (96,8%) was de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom ongewijzigd gebleven.

Omdat de overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis vrij lang na de observatie plaatsvond en omdat bij geen van deze 3 patiënten voorafgaande aan deze overplaatsing een nieuwe multidisciplinaire observatie plaatsvond, besloten we de conclusie ten aanzien van de reversibiliteit van het dementieel syndroom, zoals we die na het vervolgonderzoek na 1 jaar formuleerden, ongewijzigd te laten.

B. Conclusies over de plaatsingsadviezen

De graad van gedragsstoornissen vormde de basis voor onze plaatsingsadviezen na de multidisciplinaire observatie: met het stijgen van die graad neemt de zorgbehoefte van de patiënt toe.

In totaal werd bij 208 patiënten een plaatsingsadvies uitgebracht. Deze adviezen konden voor 206 patiënten ook in praktijk worden gebracht (99,0%). De adviezen waren:

- naar huis: 16 patiënten (6,9%);
- naar een servicewoning: 8 patiënten (3,5%);
- naar een verzorgingshuis: 25 patiënten (10,9%);
- naar een somatisch verpleeghuis: 30 patiënten (13,0%);
- naar een psychogeriatrisch verpleeghuis: 128 patiënten (55,7%);
- naar een psychiatrisch instituut: 1 patiënt (0,4%).

Slechts bij ruim de helft van de patiënten was derhalve in eerste instantie een plaatsing in een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk.

Van de na de observatie gerealiseerde plaatsingen bleek na 1 jaar bij 137 van de 158 patiënten (86,7%) deze plaatsing nog steeds de juiste te zijn. Bij 21 patiënten (13,3%) was een overplaatsing noodzakelijk geweest, waarvan bij 7 patiënten het irreversibel dementieel syndroom en bij de overige 14 patiënten een toenemen van de lichamelijke invaliditeit en/of veranderingen in sociale omstandigheden de oorzaak was:

- Uit het onderzoek na 1 jaar bleek, dat 7 van de 8 patiënten met reversibele dementiële syndromen, die in een servicewoning waren geplaatst, daar niet meer verbleven. Zij hadden blijkbaar een hogere graad van begeleiding en/of verzorging nodig dan hen in de servicewoning geboden kon worden.
- Hieraan kan de conclusie verbonden worden, dat een plaatsing naar een servicewoning van bejaarden, die een reversibel dementieel syndroom hadden, niet aan te bevelen is.
- Bij 7 patiënten, allen na observatie ingedeeld in groep III-B (twijfel), was tijdens het eerste vervolgjaar overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis noodzakelijk geweest in verband met gedragsstoornissen op basis van een irreversibel dementieel syndroom.
 - Bij de andere 7 patiënten, allen met een reversibel dementieel syndroom, was een overplaatsing noodzakelijk, niet op grond van hun reversibel dementieel syndroom, maar wegens één of meer wijzigingen in somatische en/of psychosociale factoren.

Begin 1977 was slechts bij 3 van de 95 patiënten (3,2%), bij wie op dat moment een vervolgonderzoek van minimaal 2 en maximaal 5 jaar mogelijk was geweest, een overplaatsing noodzakelijk geweest. Bij geen van hen lag een wijziging in de conclusie over het al of niet reversibel zijn van het dementieel syndroom aan deze overplaatsing ten grondslag.

Begin 1982 konden we via een enquête bij 90 van de 94 patiënten, die begin 1977 nog in ons onderzoek betrokken waren, vaststellen dat bij 9 van hen (10,0%) in die 5 jaren een overplaatsing nodig was geweest:

- 3 patiënten naar een psychogeriatrisch verpleeghuis wegens het alsnog (resp. 4, 4 1/2 en 7 jaar na de observatie) ontstaan van gedragsstoornissen. Helaas werden deze patiënten niet opnieuw multidisciplinair geobserveerd;
- 6 patiënten wegens wijziging in somatische en/of psychosociale omstandigheden, terwijl de conclusie ten aanzien van het al of niet bestaan van een dementieel syndroom onveranderd bleef.

Bij geen van deze 6 patiënten betrof het een psychogeriatrische plaatsing.

De resultaten van het vervolgonderzoek ten aanzien van de conclusie over het al of niet bestaan van een dementieel syndroom en ten aanzien van de plaatsingsadviezen leiden ons tot de conclusie, dat bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom met een vervolgonderzoek 1 jaar na de observatie kan worden volstaan. Ook bij patiënten, bij wie tijdens de observatie lichte gedragsstoornissen bestaan, is zo'n vervolgonderzoek na 1 jaar voldoende.

Indien bij patiënten in latere jaren alsnog gedragsstoornissen ontstaan, is een nieuwe multidisciplinaire observatie noodzakelijk.

C. Conclusies over de B.O.P.-lijsten

Tijdens de observatieperiode hebben we bij 205 van onze 230 patiënten een B.O.P.-lijst ingevuld. Bij statistische berekening bleek, dat slechts de schaal voor depressief gedrag van de B.O.P.-lijst geen verschillen toonde tussen de patiënten van de groep I (ongestoord gedrag) en die van groep II (irreversibel dementieel syndroom). Alle overige schalen van de B.O.P.-lijst toonden een zeer sterk significant verschil tussen de patiënten van groep I en die van groep II ($p < 0,0001$). B.O.P.-lijsten blijken dus een voorspellende waarde te hebben ten aanzien van de reversibiliteit van dementiële syndromen.

Ook bij het vervolgonderzoek na 1 jaar en tijdens het vervolgonderzoek tot begin 1977 wordt de grote waarde van de B.O.P.-lijst bevestigd. Behalve de schaal voor depressief gedrag, blijken alle andere schalen van de B.O.P.-lijst tijdens het vervolgonderzoek tot begin 1977 statistisch significante verschillen te tonen tussen patiënten met een reversibel dementieel syndroom en patiënten met een irreversibel dementieel syndroom.

De progressiviteit van dementiële syndromen komt op de B.O.P.-lijsten eerst tot uiting tussen het tweede en vijfde jaar na observatie.

De enquête begin 1982 leverde ons te weinig gegevens uit de B.O.P.-lijsten om ons tot conclusies te leiden.

Onzes inziens is de kans op een reversibel dementieel syndroom erg groot, als de score op de schaal 1 (hulpbehoevendheid) van de B.O.P.-lijst lager is dan 12 en op schaal 3c (psychische invaliditeit) lager dan 2.

D. Overige conclusies

Vergelijken we de duur van het bestaan van het dementieel syndroom met het al of niet reversibel zijn van dat syndroom bij onze 230 patiënten, dan blijkt bij enkelvoudige variantie-analyse het gemiddelde van 13,4 maanden bij patiënten met een reversibel dementieel syndroom zeer sterk significant te verschillen van het gemiddelde van 35,4 maanden bij patiënten met een irreversibel dementieel syndroom ($p < 0,0001$). Deze constatering leidde ons tot de conclusie, dat grondige multidisciplinaire observatie noodzakelijk is zo spoedig mogelijk na het ontstaan van gedragsstoornissen bij bejaarden, teneinde de kans op reversibiliteit te vergroten. Wellicht was bij een eerdere observatie meer dan 30,9% van de dementiële syndromen reversibel gebleken.

De verhouding tussen reversibele en irreversibele dementiële syndromen en de diverse sociale klassen en de diverse woonsituaties was nagenoeg gelijk. Wel bestond er een sterk significant verschil in het voorkomen van reversibele dementiële syndromen tussen steden (35,2%) en platteland (15,7%), maar aangezien er geen significant verschil was in duur van bestaan van een dementieel syndroom tussen patiënten uit steden en patiënten van het platteland, konden we dat verschil niet verklaren.

Familiaire dementie kwam bij de patiënten in ons onderzoek bij een minderheid voor; bij 5 van de 71 patiënten (7,1%) met een reversibel en bij 19 van de 136 patiënten (14,0%) met een irreversibel dementieel syndroom bestond eerste graads heriditeit. bij resp. 4 (5,6%) en 13 patiënten (9,5%) was er tweede graads heriditeit.

De multidisciplinaire observatie van de patiënten gedurende de eerste 4 weken van ons onderzoek gaf aanleiding tot het vaststellen van zeer vele gezondheidsbelemmerende factoren van somatische en/of psychosociale aard: gemiddeld 5,3 per patiënt (slechts tevoren onbekende diagnoses zijn geteld). De verdeling van de diverse diagnoses over de patiënten met reversibele dementiële syndromen en de patiënten met irreversibele dementiële syndromen was vrijwel gelijk. Er zijn uit deze diagnoseseries de volgende conclusies te trekken:

- depressiviteit wordt bij bejaarden zeer frekwent verward met een dementieel syndroom. Bij 35 van de 52 depressieve bejaarden (67,3%) bleek het dementieel beeld reversibel te zijn. Deze reversibiliteit was het hoogst bij depressies ten gevolge van een onvoltooid rouwproces: bij 13 van de 16 patiënten (81,2%) verdween na behandeling van deze vorm van depressie zowel de depressiviteit als het dementieel syndroom;
- bejaard geworden debiele of zwakbegaafde patiënten worden vaak ten onrechte dement genoemd. Bij psychologisch testonderzoek bleek bij 7 van de 9 zwakbegaafden géén dementieel syndroom te bestaan;
- digitaliseren dient bij bejaarden slechts op juiste indicatie en zeer voorzichtig te gebeuren. Bij 11 van de 24 patiënten (45,8%) met een overdosering van digitalispreparaten verdween het dementieel syndroom met het verminderen of staken van de digitalisering. De enige indicatie voor continu digitaliseren (en dan nog in de laagst mogelijke dosering) is o.i. atriumfibrilleren met een hoge ventrikelfrekwentie;
- de aanwezigheid van Parkinsonverschijnselen bij patiënten met een dementieel syndroom noodzaakt (na het staken van eventuele andere psychofarmaca) tot een poging de Parkinsonverschijnselen te behandelen, liefst met DOPA-preparaten;
- een normaal electro-encefalogram duidt op een goede, een diffuus gestoord electro-encefalogram op een slechte prognose ten aanzien van de reversibiliteit van dementiële syndromen;

- lumbale puncties en röntgenfoto's van schedel en hals zijn bij patiënten met een dementieel syndroom slechts geïndiceerd om andere redenen dan het dementieel syndroom;
- de bepaling van luesreacties bij dementiële syndromen is slechts geïndiceerd bij verdenking op lues;
- bij het ontstaan van gedragsstoornissen (dementiële syndromen) bij bejaarden is de geringe reservecapaciteit en de daaruit voortvloeiende multiple kwetsbaarheid van de patiënt van meer invloed, dan welke diagnose dan ook. Een multidisciplinair onderzoek naar de oorzaak/oorzaken, die leidden tot het verstoorde evenwicht en de daardoor ontstane gedragsstoornissen, is zo spoedig mogelijk na het ontstaan van die gedragsstoornissen noodzakelijk.

Tenslotte beantwoordden wij de vragen uit de probleemstelling van deze studie als volgt:

- A. 71 van de 230 patiënten (30,9%) werden ten onrechte voor opname aangeboden aan psychogeriatrische verpleeghuizen.
- B. Er werden tijdens de observatie slechts enkele diagnoses gesteld, die wellicht als oorzaak voor het ontstaan (of voor het ten onrechte aldus benoemen) van dementiële syndromen zijn aan te wijzen. Veel eerder is er sprake van een multiple kwetsbare bejaarde, die op elke verstoring van het labiele evenwicht kan reageren met meer dan een symptoom, waaronder gedragsstoornissen.
- C. Met het stijgen van de graad van gedragsstoornissen dient men bij het plaatsingsadvies rekening te houden met een toenemende zorgbehoefte. Voor plaatsing in servicewoningen zijn patiënten, die eenmaal reversibele gedragsstoornissen toonden, te kwetsbaar.
- D. De in deze studie gevolgde wijze van geven van plaatsingsadviezen bleek tijdens het vervolgonderzoek een adequate te zijn, mits men bij lichte gedragsstoornissen het voordeel van de twijfel toepast in die zin, dat deze patiënten in eerste instantie niet naar psychogeriatrische verpleeghuizen worden overgeplaatst.

Plaatsingswijzigingen traden, behoudens enkele overplaatsingen naar de psychogeriatrische verpleeghuizen van patiënten met twijfelachtige scores bij observatie in het eerste jaar na de observatie, slechts op door aantoonbare toename van invaliditeit van somatische aard of door aantoonbare wijzigingen in sociale omstandigheden. De 3 patiënten, die resp. 4, 4 1/2 en 7 jaar na de observatie wegens gedragsstoornissen alsnog werden overgeplaatst naar een psychogeriatrisch verpleeghuis, hadden tevoren opnieuw multidisciplinair beoordeeld moeten worden.

Ook de conclusies ten aanzien van de reversibiliteit van de dementiële syndromen bleken na het vervolgonderzoek na 1 jaar niet meer te wijzigen, behoudens wellicht bij de drie bovenvermelde patiënten.

VI SUMMARY AND CONCLUSIONS

Studies by Welten (1969 and 1972) have shown that the majority of psychogeriatric nursing-home patients are transferred directly from their homes to a nursing-home without having had a preliminary medical examination to investigate the causes of their behavioural disturbances.

In this study we describe a clinical, multidisciplinary assessment of patients who were admitted to nursing-homes with "dementia" as principal diagnosis and without any preliminary examination having taken place to discover the aetiology of their syndrome.

We define dementia as: a disturbance of function caused by progressive, irreversible diffuse cerebral defects, which presents with memory disturbances, usually in older people, and manifests itself in behavioural derangement together with a breakdown in expressive and receptive communication with the environment. Because this diagnosis can only be confirmed by autopsy, we will call it, during the patient's life, the dementia syndrome: a complex of symptoms similar to those of dementia but caused by at least one pre-disposing factor of a somatic and/or psychosocial nature.

The multidisciplinary team set-up to assess patients with a dementia syndrome was composed of: a medical superintendent of a nursing-home, a psychologist, a social worker, a trained nurse, a physiotherapist, a speech therapist, an ergotherapist, an occupational therapist and two consultants, a physician and a neurologist. Other medical specialists were consulted whenever necessary.

The assessment programme consisted of subjective and objective case-histories (including the findings of the general practitioner), a physical examination carried out by the medical superintendent and the neurologist, extensive laboratory tests of blood, urine and faeces, x-rays of thorax and skull, an electrocardiogram, an electroencephalogram, examination of the special senses, observations by paramedical personnel using Activities of Daily Live (A.D.L.) forms, together with assessments by a trained nurse with respect to the behaviour of the patient using Assessment of Elderly Persons (A.E.P.) forms. At the same time a social report on each patient

was made and each patient was also observed by a psychologist and subjected to several psychological tests. The battery of tests consisted of: drawings (TREE and MAN), BENDER, HOOPER, W.A.I.S., A.D.M.-I and A.D.M.-II. The assessment followed a fixed programme of activities lasting for four weeks.

The assessment resulted in a decision being made regarding the reversibility or irreversibility of the dementia syndrome (expressed as a grade of behavioural disturbance), in placement advice, and in treatment and educational advice to the patients and/or their therapists.

After the assessment period we divided the patients into three groups:

GROUP I: all patients with undisturbed behaviour at the end of the assessment period (grade = 0).

GROUP II: all patients with the more serious behavioural disturbances associated with an irreversible dementia syndrome (grades 4 to 8). The placement advice for all the patients in this group was: psychogeriatric nursing-home.

GROUP III: all patients with light behavioural disturbances (grades 1, 2 or 3) combined with some amnesia (group III-B) and all patients for whom psychological testing was impossible (group III-C). Attempts were made to place all these patients outside the psychogeriatric nursing-home. Patients who had died before a decision concerning the dementia syndrome could be made were also included in this group (group III-A).

Placement advice depending on the grade of behavioural disturbance and on any physical disability was given to all patients after the assessment period. The relationship between the grade of behavioural disturbance and placement advice was:

- grade 0 (undisturbed): home, sheltered accommodation or homes
for elderly persons;
- grade 1 : sheltered accommodation or homes for
elderly persons;
- grade 2 : homes for elderly persons;
- grade 3 : nursing-home of group care;
- grades 4 to 8 : psychogeriatric nursing-home.

During follow-up studies made over a period of ten years, all the patients were examined by the doctor. Whenever possible an A.E.P. form was completed for each patient, at least once a year, by a trained nurse. For all patients with a reversible dementia syndrome - and after one year for all the patients from group III (doubtful) for whom the reversibility of the dementia syndrome was only diagnosed one year after the initial assessment and usually based on the findings of the follow-up studies - a psychological examination (battery of tests) was also carried out whenever possible. During the follow-up studies, the decision regarding the reversibility or irreversibility of the dementia syndrome and the placement advice was also reviewed.

In the study, 230 patients were involved; 125 women and 105 men, with an average age of 78.2 years. The assessment period of four weeks was sufficient for 197 of the 230 patients (85.6%); for 11 patients (4.8%) an extended assessment period was necessary and 22 patients (9.6%) died before the end of the assessment period.

Follow-up studies were not possible for 72 of the 230 patients (31.3%); 5 were unwilling to cooperate and 67 had died. Of the remaining 158 patients (68.7%) follow-up studies for a period of at least one year were possible.

The follow-up studies were divided into three parts:

1. Follow-up studies one year after assessment;
2. Follow-up studies up to the beginning of 1977. At that time we had extensively examined 62 patients once, 50 patients twice, 22 patients three times and 24 patients four times.
Because hardly any changes occurred during the second and subsequent years of the follow-up studies - none at all concerning the decision made about the reversibility of the dementia syndrome and only very few regarding the placement advice - we decided, after five years (beginning of 1982), to re-evaluate our earlier decisions by means of an enquiry.
3. Follow-up studies at the beginning of 1982 by way of an enquiry involving all the 94 patients who were still alive at the beginning of 1977.

A. Conclusions regarding the reversibility or irreversibility of the dementia syndrome

The division into groups after assessment of the 230 patients involved in the investigation was as follows:

GROUP I (normal behaviour): 36 patients (15.6%).

GROUP II (irreversible dementia syndrome): 120 patients (52.2%), all to be placed in psychogeriatric nursing-homes.

GROUP III (doubtful): 74 patients (32.2%), sub-divided into 22 patients (9.6% of all patients), who had died before a decision could be made (group III-A), 41 patients (17.8%) with light behavioural disturbances and to whom the benefit of the doubt was given (group III-B) and 11 patients (4.8%) who, for medical reasons, could not be psychologically tested and/or who were unwilling to cooperate (group III-C).

It was possible to do follow-up studies on 158 of the 230 patients (68.7%) after at least one year. As regards the reversibility of the dementia syndrome, after one year we were able to ascertain that:

- 26 patients with normal behaviour after the assessment period were still behaving normally (100%);
- 87 patients with an irreversible dementia syndrome were, after at least one year, still seriously unbalanced (100%);
- Of 45 patients from group III (doubtful), 28 patients (62.2%) had a reversible dementia syndrome and 16 patients (35.5%) had an irreversible dementia syndrome. For one patient no conclusion was possible.

Our conclusions after the assessment period proved to be extremely reliable. The only time decisions had to be altered were for those patients who had been given the benefit of the doubt after the assessment period. It was possible, however, that in the course of the assessment period some of these patients were suffering from some amnesia at the onset of a dementia syndrome.

Of the 72 patients who had died before a comprehensive check could be made of our follow-up studies done one year after the initial assessment period, the conclusions concerning the existence or not of a dementia syndrome were as follows:

- 17 patients (23.6%) had a reversible dementia syndrome;
- 33 patients (45.8%) had an irreversible dementia syndrome;
- 22 patients (30.6%) had died before a decision could be made.

Because it was possible after one year of follow-up to reach a decision concerning the reversibility of the dementia syndrome in 52 patients who, due to doubtful results after assessment were placed in group III, we concluded that of the 230 patients involved in our investigations:

- 71 patients (30.9%) had a reversible dementia syndrome and had therefore wrongly been placed in a psychogeriatric nursing-home;
- 136 patients (59.1%) had an irreversible dementia syndrome and had rightly been admitted to such an institution;
- For 23 patients (10.0%) no decision was possible, 22 because they died and one because of a serious psychosis.

During the second and subsequent years of follow-up studies no decisions concerning the reversibility or otherwise of the dementia syndrome had to be altered.

At the beginning of 1977, after an average follow-up of 18.1 months since assessment (varying from 0 to 5 years), extensive check-ups by the nursing-home medical superintendent and the psychologist showed that all the decisions concerning the reversibility of dementia syndromes were the same as those after one year of follow-up studies.

An enquiry made at the beginning of 1982 showed that 3 of the 94 patients (3.2%) who had been involved in our investigation at the beginning of 1977 and who had had a reversible dementia syndrome, had been transferred to a psychogeriatric nursing-home 4, 4 1/2 and 7 years respectively after assessment. Of the remaining 91 patients (96.8%) the decision regarding the existence or otherwise of a dementia syndrome remained unchanged.

Because the transfer to a psychogeriatric nursing-home took place rather a long time after assessment and because no further multidisciplinary assessment had been made, we decided to leave the decision concerning the reversibility of the dementia syndrome, reached after one year of follow-up studies, unchanged.

B. Conclusions regarding placement advice

The degree of behavioural disturbances formed the basis of our placement advice after the multidisciplinary assessment: the higher the grade the more care needed for the patient.

Placement advice was given to 208 patients. This advice could be put into practice for 206 patients (99.0%). The advice was:

- remain at home: 16 patients (6.9%);
- sheltered accommodation: 8 patients (3.5%);
- home for elderly persons: 25 patients (10.9%);
- somatic nursing-home: 30 patients (13.0%);
- psychogeriatric nursing-home: 128 patients (55.7%);
- psychiatric institution: 1 patient (0.4%).

Placement in a psychogeriatric nursing-home was only necessary for just over half the patients.

Placements after assessment proved, after one year, to be correct for 137 of the 158 patients (86.7%).

Transfers were necessary for 21 patients (13.3%), 7 of whom had an irreversible dementia syndrome and the remaining 14 an increase in physical disability and/or changes in social circumstances:

- After one year the investigations showed that 7 of the 8 patients with a reversible dementia syndrome who had been placed in sheltered accommodation were no longer there. They apparently needed more specialist care than could be offered in this sort of accommodation. It can be concluded therefore, that placement in sheltered accommodation for geriatric patients with a reversible dementia syndrome is not advisable.
- For 7 patients, all placed in group III-B (doubtful) after assessment, a transfer to a psychogeriatric nursing-home was necessary during the first follow-up year because of behavioural disturbances due to an irreversible dementia syndrome.
- For the other 7 patients, all with a reversible dementia syndrome, a transfer was necessary, not because of their syndrome but because of one or more changes in somatic and/or psycho-social factors.

At the beginning of 1977 only 3 of the 95 patients (3.2%) who had been involved in the follow-up studies for between 2 and 5 years, needed to be transferred. In none of the patients was the change of decision due to the reversibility or irreversibility of the dementia syndrome.

At the beginning of 1982, by means of an enquiry concerning 90 of the 94 patients who were involved in our investigations at the beginning of 1977, we were able to establish that in those 5 years 9 of the patients (10.0%) had to be transferred:

- 3 patients to a psychogeriatric nursing-home due to the onset of behavioural disturbances (4, 4 1/2 and 7 years, resp. after assessment). Unfortunately, these patients were not given a multidisciplinary re-assessment;
- 6 patients because of changes in somatic and/or psycho-social circumstances, although the decision with regard to the existence or not of a dementia syndrome remained unchanged. The transfer of these 6 patients did not involve psychogeriatric placement.

The findings of the follow-up studies with regard to the decision about the existence or not of a dementia syndrome and with regard to placement advice led us to the conclusion that a reversible dementia syndrome can be confirmed within one year of assessment. Even in patients who showed light behavioural disturbances during the assessment period, one year of follow-up is sufficient.

If the patient develops behavioural disturbances in later years, a new multidisciplinary assessment is essential.

C. Conclusions regarding the A.E.P. forms

During the assessment period A.E.P. forms were completed for 205 of our 230 patients. Statistical calculations showed that only the scale for depressive behaviour showed no variations between the patients from group I (undisturbed behaviour) and those from group II (irreversible dementia syndrome). All remaining scales on the A.E.P. form showed a strongly significant variation between the patients

of group I and those of group II ($p < 0.0001$). A.E.P. forms are of prognostic value with regard to the reversibility of dementia syndromes.

The importance of the A.E.P. form was also confirmed during the follow-up studies after one year and also up to the beginning of 1977. Apart from the scale for depressive behaviour, all the other A.E.P. form scales used during the follow-up studies showed statistically significant variations between patients with a reversible dementia syndrome and those with an irreversible dementia syndrome.

The progression of dementia syndromes can be readily detected in the A.E.P. forms between the second and fifth year after assessment.

The A.E.P. forms completed during the enquiry at the beginning of 1982 gave insufficient data to enable us to reach any conclusions.

We consider that the likelihood of a reversible dementia syndrome is very great when the score of scale 1 (infirmary) in the A.E.P. form is lower than 12, and of scale 3c (psychic disability) lower than 2.

D. Remaining conclusions

If we compare the duration of the dementia syndrome with its reversibility of otherwise in our 230 patients, we can see from single variant analysis that the average of 13.4 months for patients with a reversible dementia syndrome varies very significantly with the average of 35.4 months in patients with an irreversible dementia syndrome ($p < 0.0001$). This observation led us to conclude that thorough multidisciplinary assessment is necessary as soon as possible after the onset of behavioural disturbances in elderly patients in order to increase the chance of reversibility. In a previous assessment more than 30.9% of the dementia syndromes could have been proved to be reversible.

The relationship between reversible and irreversible dementia syndromes and the varying social classes and domestic environment was very similar. There was, however, a very significant difference in the prevalence of reversible dementia syndromes between urban (35.2%)

and rural (15.7%) communities, but because there was no significant difference in the duration of a dementia syndrome between patients from these communities, the reason of the difference could not be explained.

Familial dementia only occurred in an minority of the patients involved in our investigations; 5 of the 71 patients (7.1%) with a reversible and 19 of the 136 patients (14.0%) with an irreversible dementia syndrome had a first degree heredity and 4 (5.6%) and 13 (9.5%) respectively, a second degree heredity.

The multidisciplinary assessment of the patients during the first four weeks of our investigation gave rise to the detection of many pre-disposing factors of somatic and/or psycho-social origin: about 5.3 per patient (only previously unknown diagnoses were considered). The distribution of the various diagnoses over the patients with reversible dementia syndromes and those with irreversible dementia syndromes was rather similar. The following conclusions can be drawn from this series of diagnoses:

- depression is frequently confused in elderly patients with a dementia syndrome. The dementia was reversible in 35 of the 52 (67.3%) depressive patients. This reversibility was greatest in depressions resulting from an incomplete bereavement process: in 13 of the 16 patients (81.3%) this form of depression, together with the dementia syndrome, disappeared after treatment;
- debilitated and mentally sub-normal patients are often wrongly labelled "demented" as they age. After psychological testing, 7 of the 9 mentally sub-normal patients showed no dementia syndrome;
- digitalisation of elderly patients should be done extremely carefully and only when correctly indicated.

In 11 of the 24 patients (45.8%) with digitalis intoxication, the dementia syndrome disappeared as soon as the drug was decreased or withdrawn. The only indication for continuing digitalisation (and even then with the lowest possible dose) is for atrial fibrillation with a high ventricular rate;

- symptoms of Parkinsonism in patients with a dementia syndrome require (after the withdrawal of any other psychoactive drugs) treatment of the residual symptoms, preferably with DOPA preparations;
- a normal electroencephalogram indicates a good prognosis, whereas one showing diffuse disturbances indicates a bad prognosis regarding the reversibility of dementia syndromes;
- lumbar punctures and x-rays of the skull and neck of patients with a dementia syndrome are only indicated for reasons other than the dementia syndrome;
- the determination of luetic reactions in dementia syndromes is only indicated if lues is suspected;
- with the onset of behavioural disturbances (dementia syndromes) in elderly patients, the low reserve capacity and the ensuing increased vulnerability of the patient carries more weight than any diagnosis. A multidisciplinary investigation into the cause/causes, which led to the imbalance and thus to the behavioural disturbances, is needed as soon as possible after the onset of these disturbances.

Finally, the answers to problems relating to this investigation are as follows:

- A. 71 of the 230 patients (30.9%) had wrongly been admitted to psycho-geriatric nursing-homes.
- B. During the assessment period, only a few diagnoses were reached that could be considered to be the cause of the dementia syndromes. Much more likely to be the case is a very vulnerable elderly person who with each disturbance reacts with more than one symptom, including behavioural disturbances.
- C. With an increased degree of behavioural disturbances account should be taken when giving placement advice, of an increasing need for special care. Patients who have once had reversible behavioural disturbances are too vulnerable to be placed in sheltered accommodation.
- D. The placement advice given in this investigation proved in the follow-up studies to be adequate, as long as the benefit of the doubt was given to patients with light behavioural disturbances.

These doubtful patients should not be transferred to psychogeriatric nursing-homes. Placements were only modified, except for a few transfers to psychogeriatric nursing-homes of patients with doubtful assessment scores in the first year after assessment, if there was a clear increase in disability of a somatic nature or if there were obvious changes in social circumstances. The 3 patients who 4, 4 1/2 and 7 years respectively, after assessment were transferred to a psychogeriatric nursing-home because of behavioural disturbances should first have been given a multidisciplinary re-assessment. Also, the conclusions regarding the reversibility of the dementia syndromes did not need to be modified, except perhaps in the case of the three above-mentioned patients.

Akkerman, H.P.: Geriatrie.

Spruyt, van Mantgem en de Does B.V., Leiden, 1973.

Akkerman, H.P.: Geriatrie voor zorgverleners.

Spruyt, van Mantgem en de Does B.V., Leiden, 1981.

A.P.A. (American Psychiatric Association): Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, DSM-II, 1968.

Arie, T.: Dementia in the Elderly: Diagnosis and Assessment.

British Medical Journal, 4, (1973), p.540-543.

Boelen, K.J. en Zwanniken, G.J.: Psychische stoornissen bij bejaarden.

Ned. Bibl. der Geneeskunde, 25, 1967. Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. N.V., Leiden.

Bower, H.J.: The differential diagnosis of dementia.

The Med. J. of Australia, (1971), p.623-626.

O'Brien, M.D.: Some neurological aspects of dementia.

Geront. Clin., 13:6, (1971), p.339-349.

Brocklehurst, J.C.: Textbook of geriatric medicine and gerontology.

Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1973.

Bruyn, G.W. en Frederiks, J.A.M.: Classificatie + D.D.

In: Dementieën, Algemeen-medische en neurologische aspecten.

Boerhaave Commissie R.U. Leiden, 1979, p.77-125.

Cahn, L.A.: De depressie in het senium en haar behandeling.

Ned. T. Geneesk., 111:8, (1967), p.829-833.

Cahn, L.A.: Psychologische en psychiatrische problemen van het senium.

In: Medische gerontologie. Redactie: R.J. Zonneveld, Assen, Van Gorcum, 1970, p.113-160.

Cahn, L.A.: Psychiatrie voor de laatste levensfase.

In: Geriatrische lessen voor verpleegkundigen. Redactie:

J. Schouten. De Tijdstroom B.V., Lochem, 1975, p.92-105.

Cahn, L.A.: Dementie bij bejaarden, een indeling.

In: Dementie en hersenveroudering. Gerontologische Reeks 2.

Red.: D.L. Knook en W.J.A. Goedhart.

Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. B.V., Alphen aan den Rijn, 1981, p.7-27.

Claessens, W.L.M. en Wijnen, J.Th.M.: De waarde van vitamine B₁₂-bepalingen als routinemethode van onderzoek.

Ned. T. Geneesk., 121:49, (1977), p.1949-1952.

Colmant, H.J.: Spongiöse Dystrophien.

In: Alterns- und Aufbrauchkrankheiten des Gehirns. Red.: W.

Giese. G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1969, p.126-142.

Corsellis, J.A.N.: Specific neuropathology with dementias.

In: Dementieën. Algemeen-medische en neurologische aspecten.

Boerhaave Commissie R.U. Leiden, 1979, p.69-75.

Cox, J.R. and Shalaby, W.A.: Potassium changes with age.

Gerontology 27, (1981), p.340-344.

van Crevel, H.: Veroudering van het zenuwstelsel.

In: Veroudering. Syllabus van capita selecta, Med. Faculteit Rotterdam, 1972, p.18-22.

Cummings, J. e.a.: Reversibel dementia.

J.A.M.A., 243:23, (1980), p.2434-2439.

- Fox, J.H., Topel, L.J. and Huckman, M.S.: Dementia in the elderly. A search for treatable illness. *Journal of Gerontology*, 30:5, (1975), p.557-564.
- Fuldauer, A.: Bejaardenonderzoek in een huisartsenpraktijk. Dissertatie, Leiden, 1966.
- Fuldauer, A. e.a.: Het screenen van bejaarden. Vijf jaar multidisciplinair psychogeriatrisch onderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1980:3, p.210-215.
- Gerhard, L.: Morphologische Befunde zur Differentialdiagnose "Cerebralsklerose" und seniele Demenz. In: *Alterns- und Aufbauchkrankheiten des Gehirns*. Red.: W. Giese. G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1969, p.164-174.
- Gilson, F.: Dementie. Analyse van een vaak misbruikt begrip. *Intermediair* 16:30, (1980), p.23-25.
- Godderis, J.: Vroegtijdige diagnostiek van dementie. In: *Dementie en hersenveroudering*. Gerontologische Reeks 2. Red.: D.L. Knook en W.J.A. Goedhart. Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. B.V., Alphen aan den Rijn, 1981, p.47-73.
- ter Haar, H.W.: Observatie van psychisch gestoorde bejaarden. *Het Ziekenhuis*, 5:7, (1975), p.156-158.
- ter Haar, H.W.: Preventie van geestelijk dysfunctioneren op oudere leeftijd. *Ned. T. Geneesk.*, 121:42, (1977), p.1669-1671.
- Haase, G.R.: Disease presenting as dementia. In: *Dementia*. C.F. Wells, Contemporary Neurology Series, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1971, p.163-207.
- Haaxma, R.: Diagnostiek der dementieën. *Het Medisch Jaar 1980*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1980, p.274-287.
- Hakim, A.M. and Mathieson, G.: Dementia in Parkinson disease: a neurologic study. *Neurology* 29, 1979, p.1209-1214.
- Hall, M.R.P., MacLennan, W.J. and Lye, M.D.W.: Medical care of the Elderly. HM + M Publishers, 1978, p.89-98.
- Hall, R.C.W., e.a.: Physical illness presenting as psychiatric disease. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, (1978), p.1315-1320.
- Harris, R.: Kreislaufstörungen. In: *Praktische Geriatrie*. H.P. van Hahn, Basel, 1975, p.155-176.
- van Hellemond, G.: Dementie, een ouderwetse diagnose. *Ned. T. Geront.*, 3:3a, (1972), p.258-272.
- van 't Hooft, F.: Dementie en dement gedrag bij bejaarden. *Ned. T. Geneesk.*, 121:16, (1977), p.660-663.
- Judge, T.G.: Drugs and memory. In: *Geriatric medicine*. By W.F. Anderson and T.G. Judge. Academic Press, London and New York, 1974, p.107-115.
- van Kalmthout, P.M., Vree, T.B. en Thien, Th.: Therapietrouw en kaliumgehalte in het plasma bij patiënten behandeld met chloorthalidon. *Ned. T. Geneesk.*, 127:5, (1983), p.192-195.
- van der Kam, P., Mol, F. en Wimmers, M.F.H.G.: Beoordelingsschaal voor oudere patiënten. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1971.

- Kannel, W.B. and Kreger, B.E.: Recent Framingham findings on morbidity and mortality in hypertension.
In: Blood pressure measurement and systemic hypertension.
Editors: A.C. Arntzenius, A.J. Duning and H.A. Snellen.
Medical World Press, I.M.S.-Breda, 1981, p.103-127.
- Kieffer, S.A.: Normal pressure hydrocephalus.
Geriatrics, 29:3, 1974, p.77-88.
- van der Kooij, M.W. en van der Hauwaert, L.: Hart- en vaatziekten.
In: Codex Medicus. Red.: L.B.W. Jongkees en J. Vandenbroucke.
Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel, 1975, p.73-118.
- van der Kuy, A.: Gevaren voor ouderen van dagen bij het gebruik van medicamenten.
Tijdschrift voor Bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging, 6:5, (1973), p.119-122.
- de Lange, S.A. en Moffie, D.: Normal pressure hydrocephalus.
Ned. T. Geneesk., 118, 1974, p.149-152.
- Leering, C.: Pseudodementiële beelden bij oudere patiënten.
Medisch Magazine, dec., (1977), p.10-18.
- Lely, A.: Digitalisintoxicatie.
Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. N.V. Leiden, 1972.
- Levy, R.: Neurophysiological disturbances associated with psychiatric disorders in old age.
In: Ageing of the central nervous system. Red.: H.M. van Praag en A.F. Kalverboer. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem, 1972, p.141-159.
- Lieberman, A. e.a.: Dementia in Parkinson disease.
Annals of Neurology, 6:4, (1979), p.355-359.
- Luteyn, F. e.a.: Een differentiatie van bejaarden naar de mate van geestelijke gestoordheid.
Ned. T. Geront., 3:4, (1972), p.314-326.
- Luyten, J.J.: Het welbevinden van de patiënt: een relatief en complex begrip.
Medisch Contact, 31, (1976), p.1456-1458.
- Luyten, J.J.: Sociotherapie in een psychogeriatrisch verpleeghuis: ijdele hoop of hopeloze ijdelheid.
Tijdschrift voor psychiatrie, 23:5, (1981), p.290-299.
- Meier-Ruge, W.: Nieuwe gezichtspunten voor een farmacotherapie van seniele demantie.
In: Dementie en hersenveroudering, Gerontologische Reeks 2.
Red.: D.L. Knook en W.J.A. Goedhart. Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij., Alphen aan den Rijn, 1981, p.89-100.
- van Melsen, A.G.M.: Wijsgerige bespiegelingen.
Ned. T. Geront., 8:3, (1977), p.120-121.
- Michels, J.J.M.: Veel voorkomende aandoeningen.
In: De bejaarde patiënt. Red.: Th.M.G. van Berkestijn, J.J.M. Michels en Th. Voorn. Wetensch. Uitg. Bunge, Utrecht, 1979, p.46-83.
- Miesen, B.: Poliklinische somatopsychosociale screening van gedragsstoornissen bij oudere mensen.
Ned. T. Geront., 5:3, (1974), p.153-158.
- Mullink, J.A.M. en Welten, J.B.V.: Geriatrisch onderzoek in het algemeen ziekenhuis.
Medisch Contact, 35:33, (1980), p.995-999.

- Niemeijer, J.: Bijdrage tot de diagnostiek der dementiële syndromen.
Ned. T. Geront., 1:1, (1970), p.17-22.
- Offerhaus, L.: Farmacotherapie bij bejaarden.
Ned. T. Geneesk., 120:41, (1976), p.1741-1747.
- van Oosterwijk Bruyn, J.J.: Ontwikkeling en vooruitberekening van het aantal bejaarden in Nederland van 1946 tot 2000.
Ned. T. Geront., 9:1, (1978), p.2-12.
- Pfeiffer, J.: Durch Alterung der Hirngefäße bedingte Abbauprozesse.
In: Alterns- und Verbrauchkrankheiten des Gehirns. Red.: W. Giese. G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1969, p.155-164.
- van Praag, H.M.: Neuro-endocriene stoornissen bij depressie: hun betekenis voor het onderzoek naar de pathogenese van depressies.
Ned. T. Geneesk., 121:50, (1977), p.2002-2009.
- van Praag, H.M. and Kalverboer, A.F.: Ageing of the central nervous system.
De Erven Bohn N.V., Haarlem, 1972.
- Prick, J.J.G. and Calon, P.J.A.: Een schets van intelligentie en dementie.
Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel, 1967.
- van Prooedij, C.: Bejaarde patiënten.
Ned. Bibl. der Geneesk., 74, 1972. Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. N.V., Leiden.
- Puts-Zwartjes, R.A.: Misplaatst geplaatst. Evaluatie van een multidisciplinaire beoordeling van gedragsgestoorde ouderen.
Te leen bij Swidoc, K.N.A.W., Amsterdam, 1984.
- Remmerswaal, P.W.H.: Twaalf en een half jaar "Nieuw Toutenburg".
Ned. T. Geront., 3:1, (1972), p.16-27.
- Ringoir, D.J.B.: De bejaarde patiënt en de terminologie.
Medisch Contact, 35:21, (1980), p.651-656.
- Ringoir, D.J.B.: Epidemiologische aspecten van seniele dementie.
In: Dementie en hersenveroudering. Gerontologische Reeks 2. Red.: D.L. Knook en W.J.A. Goedhart. Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. B.V., Alphen aan den Rijn, 1981, p.28-44.
- Rooswinkel, G.H.: Dementie.
In: Geriatrie lessen voor verpleegkundigen. Red.: J. Schouten. De Tijdstroom B.V., Lochem, 1975, p.87-92.
- Roth, M. and Meyers, D.H.: The diagnosis of dementia.
Brit. J. Hosp. Med., (1969), p.705-717.
- Rudd, T.N.: Prescribing methods and iatrogenic situations in old age.
Geront. Clin., 14, (1972), p.123-128.
- Salmon, J.H.: Adult hydrocephalus. Evaluation of shunt therapy in 80 patients.
J. Neurosurg., 30, 1972, p.423-428.
- Schouten, J.: Preventieve zorg in de geriatrie.
Geneesk. Gids, 5:6, (1974), p.33-34.
- Schouten, J.: Geriatrie lessen voor verpleegkundigen.
De Tijdstroom, Lochem, 1975.
- Schouten, J.: De resultaten van de afdeling voor somatische en psychogeriatrische geriatrie van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam.
Ned. T. Geneesk., 123:16, (1979), p.653-657.
- Schouten, J.: Modern ideas about organization of services for elderly patients in hospitals and nursing homes in the Netherlands.
Journal of the American Geriatrics Society, 27:6, (1979), p.258-263.

- Seitelberger, F.: Allgemeine Neuropathologie der Alterns- und Aufbrauchkrankheiten des Gehirns.
In: Alterns- und Aufbrauchkrankheiten des Gehirns. Red.: W. Giese. G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1969, p.32-64.
- Short, M.J. and Wilson, W.P.: The electroencephalogram in dementia.
In: Dementia. Editor: Charles E. Wells. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1971, p.81-97.
- Silbermann, R.M. e.a.: Psychiatrische eerste hulp.
Ned. T. Geneesk., 117:13, (1973), p.526-530.
- Sillevis Smitt, W.G.: De sthenische ouderdom.
Ned. Bibl. der Geneesk., 98. Stafleu's Wetenschappelijke Uitg.Mij. B.V., Leiden, 1975.
- Sipsma, D.H. e.a.: De erfelijkheid van dementiële syndromen.
Ned. T. Geront., 3:2, (1972), p.100-109.
- Sipsma, D.H.: Het wankel evenwicht. Een model ten behoeve van preventie, vroegdiagnostiek en behandeling van geestelijke stoornissen bij bejaarden.
Ned. T. Geront., 4:1, (1973), p.13-23.
- Sipsma, D.H.: Oorzaken van geestelijk dysfunctioneren op oudere leeftijd.
Ned. T. Geneesk., 121:42, (1977), p.1666-1669.
- Sipsma, D.H.: De demente bejaarde.
In: De bejaarde patiënt. Red.: Th.M.G. v. Berkestijn, J.J.M. Michels en Th. Voorn. Wetenschappelijke Uitg.Mij. Bunge, Utrecht, (1979), p.94-106.
- Stam, F.C.: Dementie, een verouderd begrip?
Ned. T. Geneesk., 118:2, (1974), p.45-48.
- Stam, F.C., Wigboldus, J.M. en van den Berg, P.: Seniele dementie.
Ned. T. Geront., 6:1, (1975), p.2-8.
- Stam, F.C.: Dementieën.
Ciba-Geigy B.V., Arnhem, 1978.
- Stam, F.C.: Preseniele en seniele dementie.
In: Dementieën. Algemeen-medische en neurologische aspecten. Boerhaave Commissie R.U. Leiden, 1979, p.127-130.
- Stork-Groenveld, I. en van Meerloo, J.A.M.: Enkele huwelijksmoeilijkheden bij bejaarden.
Ned. T. Geneesk., 117:15, (1973), p.593-596.
- Stork-Groenveld, I. en van Meerloo, J.A.M.: Het paranoïde syndroom bij bejaarden.
Ned. T. Geneesk., 118:10, (1974), p.332-335.
- Terpstra, A. en ter Haar, H.W.: Groepstherapie bij geestelijk gestoorde bejaarden.
Ned. T. Geront., 4:4, (1973), p.264-269.
- van Tiggelen, J.M.: Sollten verhaltensgestörte Greise klinisch beobachtet werden?
Akt. Geront., 5, (1975), p.703-706.
- Tonino, F.J.M.: Bejaarden thuis.
Dissertatie, Nijmegen, 1969. Uitg.: Ed van de Wijngaard, Breda.
- Vignalou, J. et Beck, H.: La L-dopa chez 122 Parkinsoniens de plus de 70 ans.
Geront. Clin., 15:1, 1973, p.50-64.
- Wells, C.E.: The clinical management of the patient with dementia.
In: Dementia. Editor: Charles E. Wells. Contemporary Neurology Series. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1971, p.209-232.

- Welten, J.B.V.: Milieuveranderingen van verpleeghuispatiënten.
T. Soc. Geneesk., 47, (1969), p.766-775.
- Welten, J.B.V.: Milieuveranderingen en observatie bij psychisch gestoorde bejaarden.
Ned. T. Geront., 3:2, (1972), p.110-114.
- Welten, J.B.V.: Verpleeghuisfunctie in samenhang met andere instellingen.
Medisch Contact, 33:36, (1978), p.1097-1099.
- van Wersch-van der Spek, M.C.M.: Een geriatrie polikliniek.
Medisch Contact, 35:38, (1980), p.1161-1167.
- de Wied, D.: Hypofyse en gedrag.
Ned. T. Geneesk., 119:29, (1975), p.1147-1153.
- de Wied, D.: Neuropeptiden en gedrag. Het neuropeptide-concept.
Ned. T. Geneesk., 123:37, (1979), p.1589-1590.
- de Wied, D.: Neurohypofyseal hormones and memory.
In: Dementieën. Algemeen-medische en neurologische aspecten.
Boerhaave Commissie R.U. Leiden, 1979, p.159-168.
- de Wied, D. en van Ree, J.M.: Endofinen.
Het Medisch Jaar 1980, Uitg.: Bohn, Scheltema & Holkema,
Utrecht, 1980, p.1-13.
- Williams, T.F. e.a.: Appropriate placement of the chronically ill and aged. A successful approach by evaluation.
J.A.M.A., 226:11, (1973), p.1332-1335.
- Wimmers, M.F.H.G.: Verpleeghuizen en hun bewoners.
Dissertatie, Nijmegen, 1976.
- van Zonneveld, R.J.: Geriatrie.
Van Gorcum, Assen, 1961.

Rapporten e.d.

- Rapport Korte Termijn.
College van Ziekenhuisvoorzieningen, Ziekenhuiscommissie,
Utrecht, oktober 1973.
- Rapport: Planning verpleeghuizen 's-Gravenhage en Rotterdam.
Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland,
mei 1977.
- Rapport inzake verpleeghuisplanning in Rotterdam en 's-Gravenhage.
College van Ziekenhuisvoorzieningen, september 1977.
- Nota: Voorzieningen voor psychogeriatrische patiënten.
N.Z.R., Utrecht, juli 1977.
- Vedemecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1978.
Centraal Bureau voor de Statistiek en Ministerie van
Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Staatsuitgeverij, Den
Haag, 1978.
- Overzicht van de gegevens van de ex art. A.W.B.Z. erkende verpleeghuizen in Nederland over 1975. Verslagen-Adviezen-Rapporten, 1978.
Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
Staatsuitgeverij, Den Haag, 1978.

Nota De observatie van geestelijk gestoorde bejaarden.
 Commissie ad-hoc: N.Z.R., Utrecht, 1980.

Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland, 1979.
 Centraal Bureau voor de Statistiek en Ministerie van
 Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
 Staatsuitgeverij, Den Haag, 1980.

Instellingen van Intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens
 1.1.1980.
 Nationaal Ziekenhuisinstituut nr. 80.194, Utrecht, 1980.

Instellingen van Intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens
 1.1.1981.
 Nationaal Ziekenhuisinstituut nr. 81.236, Utrecht, 1981.

Instellingen van Intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens
 1.1.1983.
 Nationaal Ziekenhuisinstituut nr. 83.335, Utrecht, 1983.

Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland, 1981.
 Centraal Bureau voor de Statistiek en Ministerie van
 Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Staatsuitgeverij, Den
 Haag, 1981.

W.L.M. Claessens, geboren 16 januari 1943 te Veulen-Venray.
Gymnasium-bêta te Rolduc, Kerkrade in 1961.

Studeerde daarna 1 jaar filosofie te Rolduc, Kerkrade en vervolgens van 1962 tot 1970 geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Was van 1970 tot 1971 militair arts, van eind 1971 tot 1974 verpleeghuisarts en van 1974 tot 1976 hoofd medische dienst van het Dommelhoeftcomplex te Eindhoven. Vanaf 1976 geneesheer-directeur van het verpleeghuis Gulden Huis te 's-Gravenhage.

Is sinds 1970 gehuwd met M.L.E. Heitkamp. Zij hebben 3 kinderen.
Is sinds 1972 lid van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie.
Publiceerde De verblijfskatheter bij langdurig zieken (p.73-89) en Over de relatie tussen decubitus en incontinentie in de literatuur (p.114-117), beiden in: Klinisch Geriatische Bijdragen 1. Red. J.B.V. Welten. Uitg.: Van Loghum Slaterus B.V., Deventer, 1973; De waarde van vitamine B₁₂-bepalingen, als routine-methode van onderzoek. Mede-auteur: J.Th.M. Wijnen. Ned. T. Geneesk., 121: 49, (1977), p.1949-1952 en Een verpleegplan voor het verpleeghuis. Mede-auteurs: Zr. Rosalie van der Velden en M. Welbedacht. Medisch Contact, 26, (1979), p.829-832.

**MULTIDISCIPLINAIRE OBSERVATIE
VAN
VERMEEND PSYCHOGERIATRISCHE
PATIËNTEN**

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van
doctor in de geneeskunde
aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen
op gezag van de Rector Magnificus Prof. Dr. J. H. G. I. Giesbers
volgens besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 3 mei 1984
des namiddags te 4.00 uur

door

Willem Lodewijk Maria Claessens
geboren te Veulen-Venray



SWETS & ZEITLINGER

LISSE
1984

Stellingen

1. De kans op reversibiliteit van gedragsstoornissen (c.q. een dementieel syndroom) bij bejaarden neemt toe, naarmate eerder na het ontstaan van die gedragsstoornissen een grondige multidisciplinaire observatie naar de oorzaken plaatsvindt.

Van Wersch-van der Spek, M.C.M., Medisch
Contact, 35:38 (1980), p. 1161-1167
Dit proefschrift

2. Een normaal electro-encefalogram duidt op een goede, een diffuus gestoord electro-encefalogram op een slechte prognose ten aanzien van de reversibiliteit van een dementieel syndroom.

Dit proefschrift

3. De enige indicatie voor blijvend digitaliseren bij bejaarden is atriumfibrilleren met een hoge ventrikelfrekwentie.

Dit proefschrift

4. Depressiviteit en debiliteit worden bij bejaarden vaak verward met een dementieel syndroom.

Dit proefschrift

5. De enige indicatie voor een verblijfcatheter is urineretentie. Met name incontinentie en (preventie van) decubitus dienen als indicaties voor een verblijfcatheter te worden geschrapt.

Welten, J.B.V. en Kleyzing-Hartwigsen, A.G.J.,
p. 93-107, Boom-Kuiper, P.S.M. en Wijnen,
J.Th.M., p. 108-113 en Claessens, W.L.M.,
p. 114-117. In: Klinisch Geriatische Bij-
dragen 1. Van Loghum Slaterus, Deventer,
1973.

6. Proeven met medicamenten behoren niet alleen bij zwangere, maar ook bij hoogbejaarde dieren te worden uitgevoerd.

Smith, C., Ebrahim, S. and Arie, T.,
The Lancet, (1983), p. 1139.

7. Waar het bij patiënten met een C.V.A. gaat om herstel van A.D.L. en sociale aanpassing is de niet-dominante cerebrale hemisfeer de dominante van de dominante cerebrale hemisfeer.

Feigenson, J.S., Stroke, 8:6, (1977),
p. 651-662.
Denes, G. e.a., Brain, 105, (1982),
p. 543:55.

8. Hoewel er een relatie bestaat tussen de hoogte van de serumconcentraties van ureum en kreatinine en de kreatinine-clearance, betekent een normale serumconcentratie van ureum en/of kreatinine bij bejaarden niet altijd ook een normale kreatinine-clearance. De serumconcentraties van ureum en kreatinine zijn derhalve bij bejaarden ongeschikt als maat voor de dosering van geneesmiddelen, waarvan de excretie afhankelijk is van de nierfunctie.

Pryce, J.D. and Durnford, J. The Lancet, (1979), p. 481-482.

Morgan, D.B. and Payne, R.B., The Lancet, (1979), p. 1014.

9. Longitudinaal onderzoek bij bejaarden kent zijn eigen einde.

10. Een van de kenmerken van de geriatrische patiënt is de verplaatsing van het kalk uit het skelet naar de vaten.





SWETS & ZEITLINGER B.V.